



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Estilos de vida y riesgo a enfermedades
cardiovasculares en los profesionales de enfermería
que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan
de Lurigancho – 2017**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

AUTOR

Sandra Eulalia FELIPE PORRAS

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Felipe S. Estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho – 2017 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.

1022



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERIA

INFORME DE CALIFICACION

91

LICENCIADA (O): FELIPE PORRAS SANDRA EULALIA ✓

TRABAJO DE INVESTIGACION ✓

**ESTILOS DE VIDA Y RIESGO A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS
AREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO -2017**

ESPECIALIDAD: ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA ✓

Lima 30 de Enero del 2017 ✓

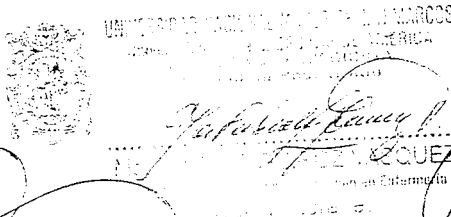
Señor Doctor

JUAN MATZUMURA KASANO

Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humano – UNMSM

El Comité de la especialidad **ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

QUINCE:15



MG. SOYKA CUENTAS NUÑEZ DE LA TORRE
DOCENTE

Dr. POMPEYO HUMBERTO LOVÓN CHÁVEZ
DOCENTE

DEDICATORIA

*A Dios por iluminar mis pasos y llenar
mi vida de dichas y bendiciones.*

*A mis padres y hermanos por brindarme
su apoyo incondicional y además de
enseñarme que la perseverancia y el
esfuerzo es el camino para lograr los
objetivos personales y profesionales*

AGRADECIMIENTO

Agradezco a las autoridades y a los profesionales de enfermería del hospital san juan de que brindaron las facilidades y participaron en la culminación del presente trabajo de investigación.

A los asesores de tesis por brindarme su tiempo, motivación y enseñanza para la culminación del presente estudio.

INDICIE

	Paginas
CARÁTULA	1
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
INDICE	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLOGICO	9
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2. Delimitación de la Investigación	12
1.2.1 Delimitación espacial	13
1.2.2 Delimitación social	14
1.2.3 Delimitación temporal	14
1.2.4 Delimitación conceptual	15
1.3. Problemas de Investigación	16
1.3.1 Problema Principal	17
1.4. Objetivos de la Investigación	18
1.4.1 Objetivos General	
1.4.2 Objetivos Específicos	
1.5 Hipótesis y Variables de la Investigación	20
1.5.1 Hipótesis General	

1.5.3 Variables	21
1.6 Metodología de la Investigación	23
1.6.1 Tipo y Nivel de la Investigación	
a) Tipo de investigación	
b) Nivel de investigación	
1.6.2 Método y Diseño de la Investigación	25
a) Método de investigación	
b) Diseño de investigación	
1.6.3 Población y Muestra de la Investigación	26
a) Población	
b) Muestra	
1.6.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	
a) Técnicas e Instrumentos	28
1.6.5 Justificación e Importancia de la Investigación	29
a) Justificación e Importancia	
c) Limitación	
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	31
3.1 Antecedentes del problema	33
3.2 Bases Teóricas	36
3.3 Definición de Términos Básicos	62
CAPÍTULO III. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.	
4.1 Análisis de Tablas y Gráficos	72
4.2 Discusión de Resultados	85
4.3 Conclusiones	88
4.4 Recomendaciones	90

4.5 Fuentes de Información	91
----------------------------	----

ANEXOS	94
---------------	-----------

1. Encuesta
2. Matriz de consistencia
3. Juicio de expertos

RESUMEN

Según la OMS las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. **El objetivo del presente estudio fue** Establecer la relación entre estilos de vida y el riesgo a enfermedades cardiovasculares en los Profesionales de Enfermería que labora en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho. **Método y material:** Fue de nivel aplicativo de método descriptivo transversal con un enfoque cuantitativo. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. **Resultados:** del 100% de profesionales enfermeros el 62.5% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, y el 37,5% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares así mismo el 70% presentan estilos de vida saludable y el 29,2% presenta estilos de vida no saludable. **Conclusión:** Los profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho presentan estilos de vida saludables y se relacionan con no presentar un riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Estos estilos de vida son saludables ya que realizan en su mayoría ejercicios como caminatas por lo menos 30 minutos, no es habitual en ellos el consumo de licor, no fuman, y sin embargo existe un porcentaje de profesionales que tiene estilos de vida no saludables ya que su consumo de alimentos en sus mayoría es a base de frituras, bebidas azucaradas y laboran en varios lugares lo que conlleva a que tomen medicamentos para poder conciliar el sueño.

Palabras claves Estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares.

ABSTRACT

According to the WHO, cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide. The objective of the present study was to establish the relationship between lifestyles and the risk to cardiovascular disease of the Nursing Professional working in the critical areas of the San Juan de Lurigancho Hospital. Method and material: It was application-level descriptive cross-sectional method with a quantitative approach. The technique was the survey and the instrument a questionnaire applied prior informed consent. Results: of the 100% of nursing professionals, 62.5% did not present a risk to cardiovascular disease, and 37.5% presented a risk for cardiovascular disease, 70% presented healthy lifestyles, and 29.2% presented non-life-style healthy. Conclusion: Nursing professionals working in the critical areas of the Hospital San Juan de Lurigancho present healthy lifestyles and are related to not presenting a risk to develop cardiovascular disease. These lifestyles are healthy since they mostly perform exercises such as walks for at least 30 minutes, are not habitual in them the consumption of liquor, do not smoke, and yet there is a percentage of professionals who have unhealthy lifestyles already That their food consumption is mostly based on fried foods, sugary drinks and work in several places which leads to taking medications to sleep.

Key words Lifestyles and risk of cardiovascular disease.

INTRODUCCION

Según la OMS las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. Cada año mueren más personas por alguna de estas enfermedades que por cualquier otra causa.

Así mismo los estilos de vida en poblaciones adultas son sumamente importantes de destacar, especialmente cuando se trata de personas socialmente activas y que juegan un papel importante dentro de la productividad de una compañía y por ende de un país.

Las medidas de prevención cardiovascular deben comenzar por cambios en el estilo de vida. Sin embargo los (las) profesionales en enfermería aunque tienen un amplio conocimiento en promoción de estilos de vida saludables y en prevención de las enfermedades, parecen que no los interiorizan en su diario vivir porque sacrifican su salud en beneficio de los demás. Trabajar como enfermera representa un riesgo para la salud cardiovascular de la persona. El horario de trabajo, el cargo desempeñado y la institución a la que los sujetos estén vinculados son aspectos que pueden incrementar los riesgos de salud.

Los cambios hacia un estilo de vida cardiosaludable en el adulto, deberían comenzar por el control médico preventivo a partir de los 30 años de edad y considerar en general, actividad física regular, nutrición cardiosaludable, suspensión completa del tabaquismo y control del peso corporal.

Es por ello que se realiza esta investigación con el fin de establecer la relación de los estilos de vida y su relación con la salud cardiovascular del personal de Enfermería que labora en el Hospital San Juan de Lurigancho; investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, que tiene como población al profesional de enfermería utilizando para ello como instrumento el cuestionario y la técnica de la encuesta.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. Se calcula que en el 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones a los accidentes cardiovasculares. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando para ello estrategias que abarquen a toda la población. (OMS, 2015)

En el Perú el riesgo para las enfermedades cardiovasculares se ha incrementado de un 17% al 20% en Ica, Trujillo y Arequipa, ciudades que están experimentando un importante crecimiento económico e industrial, sostuvo el Dr. Enrique Ruiz Mori, jefe del Servicio de Cardiología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), quien dijo que esta situación se está tornando peligrosa para la salud de dichas poblaciones. (Andina, 2015)

Ante esto cabe recalcar la lesión anatomopatológica y como riesgo fundamental la aterosclerosis, que se presenta con el transcurso de los años y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas, en general en la madurez. A menudo se producen repentinamente episodios coronarios y cerebrovasculares agudos, y con frecuencia son mortales antes de que pueda prestarse atención médica. Se ha demostrado que la modificación de los factores de riesgo reduce la mortalidad y la morbilidad en personas con enfermedades cardiovasculares, diagnosticadas o no. (OPS, 2010)

Conforme a ello se han ido realizando estudios en cardiología y medicina del trabajo con objeto de identificar los factores psicosociales relacionados al mundo laboral que pueden influir en la frecuencia de la enfermedad coronaria. Diversos estudios prospectivos y clínicos consideran que existe correlación entre la depresión, los estados de ansiedad y neurosis con la arteriopatía coronaria, se señala de manera constante que la tensión emocional precede al desarrollo de los síntomas de la enfermedad coronaria. Así también existe una serie de factores de riesgo cardiovascular como son la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, el tabaco, la diabetes; así mismo otros factores relacionados con el ámbito laboral son los factores psicosociales y el estrés derivado de exigencias y responsabilidades intensas. (Rogelia, 2004)

Es fundamental realizar cambios necesarios en los estilos de vida para la prevención de las enfermedades cardiovasculares como el abandono del hábito tabáquico, cambios en la ingesta de alimentos y nutrientes,

control del peso corporal y actividad física. Existen evidencias importantes sobre la contribución de cada una de estas medidas a la prevención del riesgo cardiovascular y se afirma que los cambios en los malos estilos de vida como una estrategia para la prevención primaria. (Bartrina, 2007)

Así también diversos estudios han demostrado la relación de un factor como el estrés laboral el cual es particularmente nocivos para el riesgo cardiovascular y este se encuentran en áreas relativas al mundo del trabajo y con alta carga psicosocial y el riesgo es en determinados sectores, predominantemente en el sector salud (predominio del trabajo intelectual) como causa predisponente de las afecciones cardiovasculares. De todos es conocido, por ejemplo, que en el transcurso del aprendizaje médico y la presión de la práctica clínica, los médicos, enfermeras se ven sometidos a situaciones de estrés y gran carga de trabajo, que pudiera traer como resultado la adquisición de hábitos dañinos para la salud, entre otros factores propios del ejercicio médico. En Cuba un estudio basado en la teoría de que dentro de los profesionales, en especial el personal médico, el infarto del miocardio se presentaba con mayor frecuencia, ya que suelen secretar mayores cantidades de adrenalina y noradrenalina, que los pertenecientes a otros grupos socioeconómicos. (Robaina Aguirre, Martinez Aguilera, Plunket Rowe, & et al., 1999)

Actualmente muchos suponen que los profesionales de la salud, como el Profesional de Enfermería, al ser personas estudiosas de los factores que determinan la salud de un individuo, practiquen con mayor

frecuencia comportamientos que promueven la salud y evitan la enfermedad, presentando por lo tanto, una morbilidad y mortalidad menores a las de la población general. Pero al respecto hay estudios que desvirtúan esta creencia, como el de Frank et al, citado por Sanabria, que encontraron que los médicos norteamericanos tenían mayor edad en el momento de morir, comparados con abogados y otros profesionales, a pesar de que era más probable que murieran de enfermedades cerebro vasculares, accidentes y suicidio, por lo que la baja tasa de mortalidad o la mayor longevidad no serían indicadores suficientes del buen estado de salud y de estilos de vida saludables en estos profesionales. (Sanabria, A. Gonzales, & Z. Urrego, 2007)

Los Profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho es considerado como una población que tiene conocimiento acerca de las actividades de promoción y prevención sin embargo, determinados patrones de conducta, circunstancias de estrés y condiciones de trabajo pueden modificar los propios factores de riesgo cardiovascular del trabajador, o actuar como factores contundentes, y acelerar los eventos cardiovasculares, es así como se puede evidenciar que los Profesionales de Enfermería al ingresar a su turno, algunos llegan tarde a su centro de labores muchos de ellos con la excusa de que salen de guardia de otro centro de trabajo, también se observa el consumo de gaseosas, hamburguesas, alimentos que se les conoce como comida rápida que son adquiridas dentro del hospital, así mismo la alimentación que brindan el hospital es en base a carbohidratos siendo las frutas, las verduras y ensaladas alimentos

que se proporcionan en menor cantidad o simplemente no se dan, es por ello la situación descrita surge la necesidad de investigar:

¿Cuál es la relación que se da entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares de los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.?

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación espacial

El Hospital San Juan de Lurigancho, es considerado un Hospital de Nivel II-1, perteneciente a la Red de Salud San Juan de Lurigancho (MINSA). Situado en el Distrito de San Juan de Lurigancho. La institución cuenta con infraestructura y equipos especializados, para brindar atención en las diferentes áreas. Atiende las 24 horas del día; el estudio se realizó en el servicio de áreas críticas en las que se encuentra Sala de operaciones/ Urpa, Emergencia, Uci Adulto y Pediátrico.

1.2.2 Delimitación social

En esta delimitación hacemos mención a los interesados en el proyecto:

- Felipe Porras Sandra Eulalia (autora del estudio)
- Profesionales de enfermería del hospital San Juan de Lurigancho.

1.2.3 Delimitación temporal

El estudio se realizó durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre, siendo la recolección de la muestra durante el mes de Diciembre.

1.2.4 Delimitación conceptual

El paquete SPSS desde la versión actual, es un paquete adaptado al entorno WINDOWS con lo cual la forma de interaccionar con él, es a través de un sistema de ventanas y cuadros de dialogo desplegados, de los que se pueden elegir distintas opciones. El paquete SPSS consta de dos ventanas básicas que se abren nada más inicializar la aplicación, estas ventanas reciben el nombre de editor de datos y editor de resultados. La ventana Editor de datos contiene los datos que van a ser analizados y la ventana Editor de resultados va a ir almacenando los informes estadísticos solicitados.

1.3.- PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación que se da entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.?

1.4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Establecer la relación entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los Profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la relación entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares según sexo de los Profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.
- Identificar la relación entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares según tiempo de servicio de los Profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.
- Identificar la relación entre los estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares según área crítica donde laboran los profesionales de Enfermería del Hospital San Juan de Lurigancho.

1.5.-HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares de los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.

1.5.2 Variables

Estilos de vida

“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1986, p.118).

Riesgo a enfermedades cardiovasculares

Es la probabilidad que tiene un individuo de presentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años, basado en el número de factores de riesgo presentes en el mismo individuo o teniendo en cuenta la magnitud de cada uno de ellos. (Guías Europeas, 2006)

1.6.-METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo y Nivel de la Investigación

a) Tipo de investigación

Según el tipo de investigación se trata de un estudio con un enfoque Cuantitativo ya que se enfocó en describir, explicar, comprobar y predecir los fenómenos. Así mismo los hechos se observan y se registran en el

tiempo en un solo momento, es decir haciendo un corte en el tiempo.

b) Nivel de investigación

Según el nivel de la investigación es un estudio Correlacional, el cual relaciona dos o más, variables, como son los estilos de vida y el riesgo cardiovascular. Una correlación entre dos o más variables o conceptos no implica una relación causal entre ellos, es decir sólo significa que dichos valores están relacionados ya sea de forma positiva (se elevan o disminuyen juntos) o en forma negativa (cuando uno se eleva el otro disminuye) y una relación causal implica necesariamente que un evento es consecuencia de otro que le antecede y que sin este el último no se presentará. Los estudios Correlacionales miden cada variable para ver si existe o no relación entre ellas, este tipo de estudios son cuantitativos e intentan predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que tienen en la (s) variable(s) relacionada(s). (Hernández, Fernández y Baptista, 2004).

1.6.2 Método y Diseño de la Investigación

a) Método de investigación

La investigación utilizó el método descriptivo, prospectivo y transversal ya que se enfocó en describir, explicar, comprobar y predecir los fenómenos. Así mismo los hechos se observan y se registran en el tiempo en un solo momento, es decir haciendo un corte en el tiempo.

b) Diseño de investigación

La investigación realizada se trata de un estudio con un **Diseño Correlacional** las cuales están encaminadas a examinar si los cambios en una o más variables están relacionados a los cambios en otra(s) variable(s). Este efecto es definido como covarianza. Diseños de correlación analizan la dirección, el grado, la magnitud y la fuerza de las relaciones o asociaciones. (Valmi Sousa, 2007)

1.6.3.-Población y Muestra de la Investigación

a) Población

Está constituida por 45 profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.

b) Muestra:

Mi población maestra por ser pequeña y representativa es un total de 24 profesionales de enfermería.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Profesional de enfermería que se encuentre trabajando mayor de 1 años en el área.
- Profesionales de enfermería que trabaje permanentemente en el área.
- Profesionales de enfermería que accedan a participar voluntariamente en la investigación.
- Profesionales de enfermería con edad mayor a 30 años.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería que no trabaje permanentemente en el área.
- Profesionales de enfermería que se encuentre de licencia por enfermedad y/o maternidad / vacaciones.
- Profesionales de enfermería que no accedan a participar voluntariamente en la investigación.
- Profesionales de enfermería que se encuentre con edad menor a 30 años.

1.6.4.- Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

a) Técnicas e Instrumento

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario el cual consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos; el mismo que fue sometido a juicio de expertos, posterior a ello se realizó la validez del instrumento mediante el coeficiente de Alfa de Combach.

1.6.5.-Justificación e Importancia de la Investigación

a) Justificación e Importancia

Las enfermedades cardiovasculares, como la muerte por enfermedad coronaria, infarto de miocardio no fatal y accidente cerebrovascular, representan el 30% de las causas de muerte a nivel mundial. La enfermedad cardiovascular se ha convertido en una epidemia no

transmisible que domina las estadísticas de carga de enfermedad y es motivo de creciente preocupación en países de ingresos bajos y medios como el nuestro, en donde ocupa el cuarto lugar de carga de enfermedad, generando un alto costo directo e indirecto para el Estado. En el Perú, la prevalencia de muerte por enfermedad cardiovascular para el grupo etáreo de 15 a 59 años es de 1,7% y asciende a un 22% en mayores de 60 años, según datos de la OMS del año 2011. En la provincia de Lima, la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular fue de 74.2 por 100000 defunciones. (Rommell O, 2013)

Así mismo cabe resaltar que en el 2013 todos los Estados Miembros (194 países) acordaron, bajo el liderazgo de la OMS, una serie de mecanismos mundiales para reducir la carga evitable de Enfermedades No Transmisibles, entre ellos el "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020". Donde se menciona en la meta 6 del Plan de acción mundial que preveé reducir la prevalencia mundial de hipertensión en un 25%. La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. La prevalencia mundial de hipertensión (definida como tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg) en adultos de 18 años o más se situó en 2014 en alrededor de un 22%. Para alcanzar la citada meta, es fundamental reducir la incidencia de hipertensión, a través de intervenciones dirigidas a toda la población que hagan disminuir los factores de riesgo comportamentales, en particular el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física, el sobrepeso, la obesidad y el consumo elevado de sal. Es necesario adoptar de cara a la detección

temprana y el manejo costo eficaz de la hipertensión un enfoque que tenga en cuenta todos los factores de riesgo, para así prevenir los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y otras complicaciones. (OMS, 2015)

El personal de salud especialmente las enfermeras no se aleja de estas alteraciones por lo que esta investigación constituye un aporte a los profesionales de enfermería el cual implica su respectiva intervención a adquirir comportamientos de responsabilidad, manejo de estrés y prácticas nutricionales adecuadas así como el diseño de diversas estrategias que contribuyan al cambio de conductas, a la promoción de hábitos de salud y autocuidados para la prevención y/o control de las enfermedades cardiovasculares más prevalentes.

b) Limitación

Una limitación la constituyó el tamaño de la muestra, ya que solo se consideró a los profesionales de enfermería que labora en las áreas críticas, lo que no permitió a generalizar los resultados obtenidos.

Por otro lado se han identificado una variedad de estilos de vida pero en relación al riesgo cardiovascular en la presente investigación solo se ha tomado en cuenta los más frecuentes y no la totalidad de todos estos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En relación a nuestra temática se revisaron las siguientes investigaciones:

➤ Antecedentes a Nivel Internacional

- Martínez L, Landeros M y Cols, en México (2014) en su trabajo de investigación denominado Riesgo cardiovascular en el Profesional de Enfermería de un Hospital de segundo nivel de atención hospitalaria según Framingham tuvo como objetivo identificar el nivel de riesgo cardiovascular según Framingham en Profesional de Enfermería que labora en un hospital de segundo nivel de atención, utilizaron una metodología de estudio descriptivo y transversal en muestra probabilística de 194 integrantes del Profesional de Enfermería hospitalario , los resultados fueron que la media de edad fue de 39.5 años , con predominio del género femenino en 95.4%; el 13.3% refirió tabaquismo positivo y el 57.9% manifestó antecedente familiar de enfermedad cardiovascular; el 90.8% no padece diabetes mellitus y el 88.2% no sufre de hipertensión arterial sistémica. En cuanto a la tensión arterial sistólica, la media fue de 109.54 mmHg; respecto a la predicción de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, el 66.3% se encontró con muy bajo riesgo y el 12% se ubicó entre riesgo de moderado a alto, llegando a la conclusión que el nivel de riesgo para enfermedades cardiovasculares en Profesionales de

Enfermería fue “muy bajo” según escala de Framingham y es necesario hacer énfasis en la reducción de factores de riesgo modificables y fomentar las conductas de salud para mantener un riesgo bajo y retrasar la presentación de enfermedad cardiovascular. (Martínez Gurrión, Landeros López, Cortéz Mendoza, & et al., 2014)

- Cerecero, P y Cols, en México (2009), en su Tesis Doctoral titulada Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México, tuvo como objetivo evaluar la asociación del estilo de vida con el riesgo cardiovascular (RCV) en trabajadores universitarios del Estado de México, utilizaron como metodología estudio de casos y controles anidado en una cohorte, siendo su población de 7 405 trabajadores (mujeres, 41%; hombres, 59%) de todas las categorías laborales: administrativos, docentes, investigadores, personal médico, de conservación e intendencia, residentes de 13 localidades del Estado de México. La muestra se conformó con 2 555 trabajadores que participaron en la medición basal, en su mayoría (85%) habitantes de la ciudad de Toluca, teniendo como resultados que los trabajadores con sobrepeso u obesidad, el RCV supera al de aquéllos con peso normal, los antecedentes familiares de infarto del miocardio se asociaron directamente, y la actividad física moderada-vigorosa inversamente con el RCV, en modelos con interacciones entre género y actividad física; esta relación se mantuvo sólo en los hombres; llegando a la conclusión de que los resultados muestran el papel preponderante de la actividad física moderada-vigorosa como

factor del estilo de vida asociado con menor RCV. (Cerecero, Hernández, Aguirrel, Valdés, & et al., 2009)

- Zimmermann V y Cols, en Madrid (2010) en su estudio denominado Perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la Comunidad de Madrid tuvo como objetivo describir asociación entre la ocupación desempeñada y ciertos hábitos de riesgo cardiovascular, en la población en edad laboral de la Comunidad de Madrid, utilizaron una metodología cuantitativa descriptiva, su población estaba constituida por los pobladores que residían en la región teniendo como muestra de 16017 pobladores cuya edad se encontraba entre los 18 y los 64 años, obtuvieron como resultados que el trabajo sedentario y el hábito tabáquico fueron los factores más prevalentes afectando respectivamente al 44,2% y 33,1% de la muestra. El porcentaje de hombres con más de dos factores de riesgo cardiovascular (27,4%) fue muy superior al de mujeres (15%). Ajustado por edad y sexo las ocupaciones con mayor riesgo cardiovascular fueron: conductores, administrativos y trabajadores de dirección. La conclusión fue que ciertas ocupaciones como conductores, administrativos y gerentes parecen presentar una mayor susceptibilidad al riesgo cardiovascular. (Verdejo, Gómez, & Labaca, 2010)
- Martínez Pastor , Antonio en Murcia (2007) en su tesis Doctoral Hábitos y Estilos de Vida Asociados a enfermedades vasculares en universitarios tuvo como objetivo general conocer los estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular de los universitarios:

consumo de tabaco, consumo de alcohol, práctica de actividad física y niveles de estrés y ansiedad utilizaron como metodología un estudio observacional, descriptivo y transversal, siendo una población estudiantes universitarios, aplicándose en aquellos que cursan sus estudios durante el curso académico 2004-2005 en la Universidad Católica San Antonio de Murcia, que en ese momento representa una población de 5000 estudiantes; tuvieron como resultado que el hábito tabáquico, a mayor puntuación más hábito, el valor medio obtenido por el grupo que representa a los EU de último curso es discretamente mayor que el obtenido por el primer curso, y de según la frecuencia de la autopercepción de encontrarse viviendo en tensión o en estrés, nos encontramos con una frecuencia muy elevada de estudiantes universitarios que manifiestan estar estresados habitualmente, el 50,6% del total de la muestra, en la valoración global de resultados, observamos que algo más de la mitad de los alumnos que han participado en esta parte del estudio, el 53,7%, manifiestan realizar de forma continuada ejercicio físico y los EU que manifiestan en mayor medida no realizar ejercicio son los EU de estudios Sanitarios; llegaron a la conclusión que los estilos de vida de los jóvenes EU no son cardiosaludables de forma generalizada, observándose una elevada frecuencia de consumo de tabaco, consumo de alcohol, ausencia de actividad física (sedentarismo), y niveles elevados de estrés y ansiedad. Existe asociación entre distintos hábitos en los jóvenes universitarios, destacando la asociación entre mayor consumo de tabaco con mayor

consumo de alcohol y mayor consumo de tabaco con un hábito sedentario o de menor práctica de ejercicio físico.

➤ **Antecedentes a Nivel Nacional**

- Quiliche Castañeda, Ruth Beatriz; en Perú (2009) en su trabajo de investigación Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el personal de la Universidad Peruana Unión tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en el personal de la Universidad Peruana Unión, 2009; su metodología fue de estudio transversal, descriptivo, analítico, teniendo como población a los residentes en la comunidad de Villa Unión del distrito de Lurigancho, en una muestra de 36 personas de 30 a 65 años a quienes se evaluó factores de riesgo de ECV: estado nutricional, dietarios, fisiológicos, estilo de vida y estrés, siendo los resultados, el 40% de los hombres presenta más de seis factores en comparación con las mujeres con un 17%. Llegaron a la conclusión que más de la mitad presentan el IMC superior a lo normal, tres cuartas partes de los participantes en riesgo de obesidad central según índice cintura cadera; y sobre grasa y riesgo de obesidad en casi todos. En más de la mitad de los participantes la dieta aportó más energía y en su mayoría de proteínas y lípidos; la dieta en más de las tres cuartas partes de los participantes mostró un mayor aporte de vitamina C y menor consumo de agua, la evaluación mostró sub-adequación para los

ácidos grasos mono insaturados y fibra de casi todos; en la décima parte de ellos hubo adecuación para los ácidos grasos poliinsaturados. En la tercera parte de los participantes se observó valores elevados de CT y de c-LDL; en la cuarta parte valores disminuidos de c-HDL; en la mitad valores elevados de TG; en la décima parte valores elevados de homocisteína. Asimismo más de la mitad de los participantes se encuentran en condición de sedentarismo y casi todos calificaron en estrés moderado. (Quiliche Castañeda, 2011)

- Barrera Chuquiarque, Diana Evelyn en Lima- Perú (2014) en su trabajo de investigación titulada Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público 2014, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo cardiovascular según determinantes de la salud en los choferes de transporte público, utilizaron como metodología un Estudio de tipo cuantitativo de nivel aplicativo que utiliza el método descriptivo de corte transversal. La investigación se realizó en la Empresa; la población estuvo conformada por 50 choferes de transporte público que trabajan en la empresa de Transportes Unidos Vitarte S. A. (ETUVISA), se obtuvo como resultados que el 54% de los factores encontrados pertenecieron a la dimensión estilos de vida, 28% de Biología Humana, 11% del Sistema Sanitario y el 7% del Medio Ambiente. Las conclusiones a las que se llegó son que todos los participantes tienen factores de riesgo en mayor o menor número, siendo la más

resaltante la dimensión de los Estilos de vida ya que tienen una fuerte influencia en las enfermedades cardiovasculares y porque es posible modificar estos hábitos.

2.2 BASES TEÓRICAS

➤ **ESTILOS DE VIDA**

El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir “estar en el mundo”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. Según Perea (2004) en su forma más llana el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir. (Montoya, 2010)

En el caso de la disciplina de la salud, la oficina regional de la OMS para Europa introdujo una definición que constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, porque a pesar de ser criticada por amplia, ambigua y poco operativa, tiene el reconocimiento de los expertos por introducir los principales factores que influyen en los estilos de vida. Concretamente, esta definición describe el *estilo de vida* del siguiente modo:

“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones

individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (WHO, 1986, p.118).

El estilo de vida está influenciados por lo menos tres tipos de factores. El primero de estos es de carácter individual y está conformado por sus características genéticas, capacidad intelectual; es decir, la suma de rasgos biológicos, psicológicos y sociales que le otorgan la particularidad al ser humano. El segundo factor incluye aspectos sociales, económicos y culturales, ejemplos de ellos el nivel educacional, sistemas de apoyo social etc., el tercer factor lo conforma el macrosistema social en el que se desenvuelve una persona así. Se consideran aspectos, tan variados como el climático, la polución, industrialización, recursos de salubridad, urbanismos entre otros. (Arqués, 2005)

- **ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

A pesar de que habitualmente se utiliza el término *estilo de vida saludable*, se considera más apropiado el uso del término *estilo de vida relacionado con la salud*, ya que recoge mejor tanto los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo (Health Behaviour in School-aged Children, 2010)

El estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel bio-psico-social. (Stiepovich, 2014)

Según la OMS, el estilo de vida puede estar moldeado por comportamientos que conducen a la salud. Estos están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. El nivel socioeducativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida. (Montoya, 2010)

La Intervención en los Estilos de Vida

Las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable comparten una serie de principios comunes. Algunos de ellos son (Veney, 2011) :

- Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio.
- Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en

aproximaciones sucesivas. Los factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y ésta, a su vez, influye en los valores y en la experiencia de las personas.

- Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
- La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
- Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.

ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE

Se entiende por estilos de vida no saludable al conjunto de patrones conductuales incluyendo tanto conductas activas como pasivas, que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico y que acarrearán directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen seriamente aspectos del desarrollo del individuo. (Stieповich, 2014)

Así mismo, el constructo *estilo de vida* se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos. Estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los

cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo. (Montoya, 2010)

En este marco cobra importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. De hecho, el estilo de vida propio de los países occidentales puede incluir muchos comportamientos que constituyen un factor de riesgo para la salud. El consumo de cigarrillos y alcohol, las dietas ricas en grasas y abundantes. La falta de ejercicio físico o la conducción imprudente constituyen algunos ejemplos de los comportamientos insalubres o de riesgos. Todos estos comportamientos están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes de tráfico. (Health Behaviour in School-aged Children, 2010)

TEORÍAS DEL CAMBIO DE CONDUCTA EN SALUD

La socialización del estilo de vida puede ser considerada como un proceso por el cual las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas con el mismo. Este proceso implica el aprendizaje de roles relacionados con los estilos de vida y las conductas

de salud específicos de una sociedad. Existen tres modelos explicativos sobre la adquisición y el mantenimiento de un estilo de vida saludable: la teoría ecológica del desarrollo, la teoría del interaccionismo simbólico y la teoría del aprendizaje social. (Veny, 2011)

- **Teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1987).**

Para esta teoría los agentes socializadores del estilo de vida en este primer nivel son la familia, los iguales, la escuela, los vecinos, el trabajo y los medios de comunicación. El segundo nivel del ambiente ecológico, el mesosistema, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, como pueden ser, por ejemplo, las relaciones que se establecen entre la familia y la escuela. El tercer nivel, el exosistema, lo conforma el entorno más amplio, como por ejemplo las instituciones sociales, que a pesar de no incluir activamente al individuo en desarrollo, recoge los hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno más inmediato del individuo. El último nivel, el macrosistema, hace referencia a la cultura y al contexto histórico, político, legal, moral y social en la que el individuo nace y se desarrolla, ya que, según esta teoría, la socialización del estilo de vida de un individuo tiene lugar en un contexto macro amplio que tiene un importante protagonismo a la hora de marcar pautas en su desarrollo. (ENCDES, 2011)

Teoría del Interaccionismo Simbólico (Blumer, 1982),

Esta teoría nos permite entender el proceso de cambio, es decir, cómo se produce el desarrollo y cambio de conducta. Sus aportaciones sirven

para comprender cómo las personas adquirimos las normas, los valores, las actitudes y los hábitos de los grupos sociales o la cultura a la cual pertenecemos. Considera que un individuo se convierte en persona cuando es capaz de verse a sí mismo desde la perspectiva del otro. A partir de esta asunción del otro generalizado, adquirimos los valores de la cultura que nos envuelve, lo que marcará el estilo de vida. (Vený, 2011)

- **La Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977; Rotter, 1966)**

Según esta teoría los procesos de imitación y modelaje sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. Es decir, la conducta de los progenitores, los iguales y del profesorado, así como las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de niños, niñas y adolescentes. Así mismo, para esta teoría, la motivación y el comportamiento están regulados por un pensamiento deliberado que adelanta a la acción, a través del cual el cambio de comportamiento se determina por el sentido de control personal sobre el ambiente (locus de control). Este concepto hace referencia a la creencia que una persona tiene acerca de los factores que determinan la salud, concretamente tres posibles factores: considerar que la salud depende del comportamiento propio, de otras personas influyentes o bien de la suerte. Estas creencias influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable. (ENCDES, 2011)

Concretamente, los procesos de imitación y modelado sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. Observando el modo en que los demás se comportan así como las consecuencias de su comportamiento nos formamos una idea de cómo ejecutar determinadas conductas y en el futuro la información codificada nos sirve de guía para nuestro propio comportamiento. Así por ejemplo, la conducta de los padres, los amigos, los iguales y los profesores influye en el aprendizaje del estilo de vida de los adolescentes. (Veny, 2011)

TEORIAS DE ENFERMERIA

NOLA PENDER Y SU MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sí que trata de explicar el estilo de vida en su globalidad. Pender considera al estilo de vida como un patrón de acciones y percepciones que sirven para mantener o ensalzar el nivel de bienestar del individuo. Pender introduce tres conjuntos de factores determinantes del estilo de vida: los factores cognitivos-perceptuales, los factores modificadores y los estímulos para la acción.

Este modelo fue creado a partir del modelo de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término de *estilo de vida promotor de la salud* en sus planteamientos. (Aristizábal, 2011)

Según Pender, existen tres grandes bloques de factores que actúan como predictores del estilo de vida:

- Afectos y cogniciones específicos de la conducta. Este primer factor conforma el mecanismo motivacional primario que afecta directamente a la adquisición y al mantenimiento de conductas promotoras de salud. Se compone de los siguientes elementos: barreras percibidas a la realización de la conducta saludable, beneficios percibidos de la misma, la autoeficacia percibida para llevarla a cabo y el afecto relacionado con la conducta. Junto a estos factores, existen influencias situacionales e interpersonales en el compromiso de llevar a cabo la conducta saludable.
- Experiencias previas con la conducta de salud y características individuales. Estas segundas variables influyen de forma indirecta, interactuando causalmente con los afectos y las cogniciones, así como con las influencias situacionales e interpersonales.
- Antecedentes de la acción. Se trata de estímulos internos o externos que están directamente relacionados con la conducta.

DOROTEA OREM Y SU TEORIA DEL AUTOCUIDADO

Dorotea Orem, enfermera teórica refiere que el autocuidado es una actividad aprendida y que debe aplicarse de forma deliberada y continua a lo largo del tiempo. Uno de los tipos de autocuidado para Dorothea Orem son los derivados de las necesidades básicas, en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias y factores del entorno que posee cada individuo. Estas necesidades han sido estructuradas por la misma cultura, por lo que siempre estarán

implícitas en el estilo de vida de todas las personas. Por lo tanto, la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y de las personas que tiene a su cargo; debido a que tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida. Ello debe suponer la necesidad de llevar una vida sana, comportarse de tal forma que pueda alcanzar el bienestar y la salud. (González, 2014)

➤ **DIMENSIÓN FÍSICA**

Ejercicio y Actividad Física

La mortalidad por enfermedad coronaria cardiaca está relacionada con parámetros de estilos de vida entre los cuales es fundamental el nivel de actividad física. *La actividad física* se refiere a la energía utilizada para el movimiento; se trata, por tanto, de un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las vitales como son la respiración, digestión, circulación de la sangre, etc. En cuanto al término *ejercicio*, hace referencia a movimientos diseñados y planificados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud. (Garatachea, 2013)

La práctica regular de Actividad Física produce efectos favorables sobre los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares: mejora el perfil lipídico, disminuye la tensión arterial y previene la aparición de diabetes no insulino dependiente. Sin embargo, estos efectos explican sólo una parte de la protección de la Actividad Física sobre este tipo de enfermedades. Parte de los efectos beneficiosos de

la AF podrían estar mediados a través de una menor oxidación lipídica y menor inflamación. La oxidación lipídica y la inflamación tienen un papel fundamental en el desarrollo de la arteriosclerosis, proceso que causa gran parte de las enfermedades cardiovasculares entre ellas la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica. (Roberto, 2010)

Las personas activas viven más tiempo que las sedentarias y su calidad de vida es mejor, sobre todo en los adultos mayores, a quienes la práctica regular de ejercicio les otorga mayor autonomía para realizar sus actividades cotidianas con suficiencia y los previene de caídas, disminuyendo el riesgo de fracturas. El ejercicio que sirve a la salud del organismo no tiene que ser excesivo. Recientemente se ha establecido que aún la actividad física realizada con regularidad y a intensidades leves o moderadas produce considerables beneficios a la salud. En general, cuando el ejercicio es agradable y de moderada intensidad, es más factible también que las personas accedan a realizarlo y permanezcan fieles a los hábitos de actividad física deportiva o recreativa que emprenden. (Martínez & Saldarriaga, 2008)

La actividad física regular reduce el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular en general y cardiopatía coronaria en particular, con un nivel similar al de otros factores relacionados con el estilo de vida, como por ejemplo el tabaquismo.

Además, el ejercicio físico regular previene o retrasa el desarrollo de la hipertensión y mejora la situación de las personas que ya la padecen. Se pueden lograr unas disminuciones medias de 10 mmHg en la presión

arterial tras 6 meses de práctica de ejercicio aeróbico. Por otra parte, el entrenamiento aeróbico induce efectos beneficiosos sobre las lipoproteínas, incrementando las HDL y disminuyendo las LDL y los triglicéridos. (Veney, 2011)

Relación entre Actividad Física e Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es sin duda uno de los factores de riesgo más importantes para el correcto funcionamiento del sistema cardiovascular. Su incidencia ha aumentado en las sociedades desarrolladas y es también uno de los factores más favorecidos por la actividad física. Desde finales de los años 80 y principios de los 90 del pasado siglo se conocen las influencias positivas de un estilo de vida físicamente activo sobre la hipertensión arterial; aunque el incremento de la actividad física por sí solo puede ser, en ocasiones, insuficiente para normalizar la presión sanguínea. Estos efectos beneficiosos se observan no solo en adultos sino también en personas mayores y, aunque no ejercen un gran impacto sobre la presión arterial de los individuos normotensos; si parecen ejercer un efecto protector contra el incremento de tensión arterial que se suele producir con la edad. (Márquez & Rodríguez, 2008)

El Ejercicio Físico aeróbico produce una reducción de hasta 7 mm de Hg, tanto en la presión sistólica como diastólica en individuos con HTA leve; cifras entre 140/90 y 160/105, e incluso disminuciones mayores en pacientes con HTA secundaria a enfermedad renal. Pero, incluso la práctica de EF aeróbico suave puede producir disminución entre 4 y 8 mm de Hg. Estudios realizados en voluntarios sanos han demostrado

que la disminución de 5 mm de Hg en la presión sistólica, produce un descenso del número de muertes por ictus del 14% y del 9% en las provocadas por cardiopatía isquémica. Así, los beneficios para la salud del EF comparados con el bajo riesgo que supone tanto en morbilidad como en mortalidad, hacen que la recomendación de su práctica sea parte fundamental del tratamiento en pacientes con HTA leve y moderada.(Abellán & Sainz, 2014)

El Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) sostiene que el entrenamiento con ejercicios aeróbicos en individuos que tienen alto riesgo de desarrollar hipertensión reducirá el aumento en la presión sanguínea que se pudiera producir con el tiempo, de ahí su utilidad como una estrategia no farmacológica para reducir la hipertensión en los individuos susceptibles. Según el ACSM los hipertensos físicamente activos y con buena condición física aeróbica tienen unos riesgos de mortalidad marcadamente más bajos que los hipertensos sedentarios y de pobre condición física, probablemente porque el ejercicio también mejora un buen número de otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Sería, por tanto, razonable recomendar la práctica del ejercicio como una parte de la estrategia inicial de tratamiento para los individuos con hipertensión esencial suave a moderada. (Márquez & Rodríguez, 2008)

Relación entre Actividad Física e Infarto de Miocardio o Enfermedad Coronaria

Existen diversos mecanismos que explicarían la influencia beneficiosa de la actividad física sobre las enfermedades isquémicas del corazón, tales como los efectos antitrombóticos, el aumento de la vascularización del miocardio y una mejor estabilidad de los impulsos eléctricos del corazón. En un estudio longitudinal de cinco años en el que se investigó la asociación entre la actividad física realizada en el tiempo de ocio y la condición física con el riesgo de infarto de miocardio agudo, se ha demostrado que dicho riesgo era significativamente menor para los individuos con el nivel más alto de actividad física y una mejor condición física en comparación con los sujetos que mostraban los niveles más bajos de actividad física y condición física respectivamente. (Olea & Márquez, 2013)

Se puede concluir que los niveles de actividad física y de condición física cardiorrespiratoria muestran una asociación inversa y gradual con el riesgo de infarto de miocardio agudo y que niveles bajos tanto de actividad física como de condición física cardiorrespiratoria son factores de riesgo independientes para la enfermedad coronaria. Diversos estudios clínicos y con técnicas de observación demuestran una menor frecuencia de mortalidad entre los pacientes participantes en programas de rehabilitación con ejercicio, en comparación con los no participantes en estos programas. En conjunto, los pacientes participantes en programas de ejercicio parecen experimentar una reducción de

aproximadamente un 25% de mortalidad por problemas cardíacos y de todo tipo. (Márquez & Rodríguez, 2008)

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Para realizar una correcta prescripción de actividad física, resulta fundamental efectuar una evaluación inicial de la capacidad funcional y del sistema músculo-esquelético de las personas, con el propósito de prevenir una sobrecarga del sistema cardiorrespiratorio o lesiones del aparato locomotor. Si los recursos humanos son insuficientes para evaluar al 100% de la población, las personas de riesgo CV global bajo o moderado (ej.: obesos, pre-hipertensos, pre-diabéticos) pueden iniciar un programa de actividad física sin evaluación funcional previa.

Capacidad Funcional Física

Tiene como objeto evaluar funcionalmente las propiedades motoras básicas: fuerza muscular, flexibilidad, coordinación y equilibrio.

La evaluación funcional es particularmente importante para prescribir en forma correcta el tipo de ejercicio adecuado que no desencadene algún problema músculo esquelético latente o agrave uno ya existente. Esto se da con mayor frecuencia en pacientes obesos y de edad avanzada.

Frente a la detección de alteraciones músculo-esqueléticas importantes pesquisadas en la evaluación funcional, la conducta será derivar a estos pacientes, si así lo requieren, a un tratamiento específico o adecuar el programa de ejercicios a las limitaciones individuales.

Capacidad Funcional Cardiorrespiratoria

Test de marcha 6 minutos (TM6')

El TM6' corresponde a un test submáximo que mide la capacidad funcional aeróbica, expresada en la distancia que un paciente puede caminar rápidamente durante 6 minutos, en una superficie plana, generalmente un pasillo. Evalúa la respuesta global e integrada de todos los sistemas involucrados durante la marcha. Entre sus ventajas se destaca su fácil administración, el ser bien tolerado y no requerir equipamiento ni personal altamente capacitado. El test evalúa en forma global e integral la respuesta de todos los sistemas involucrados durante el ejercicio, incluyendo el pulmonar y cardiovascular, sistema circulatorio, unidades neuromusculares y metabolismo muscular.(OPS, 2002)

Tipos de Ejercicios

The American College of Sports Medicine (ACSM) en 1998 considera tres grupos fundamentales de actividades físicas (Abellán & Sainz, 2014):

- Actividades que se pueden mantener a intensidad constante, con una variabilidad interindividual y un gasto energético relativamente bajo: Ej.: caminar, correr a ritmo lento o moderado (especialmente en cinta rodante), ciclismo, cicloergómetro, etc.
- Actividades que se pueden mantener a intensidad constante con gasto 48 Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular energético elevado, pero con una

variabilidad interindividual dependiente de las habilidades del individuo: natación, esquí de fondo, correr a ritmo rápido, etc.

- Actividades donde tanto la intensidad, como la variabilidad interindividual del gasto energético son elevadas: deportes de raqueta, deportes de equipo como fútbol y baloncesto, etc.

Ejercicios de flexibilidad.

Para mantener y mejorar nuestro nivel de flexibilidad es preciso realizar ejercicios de movilidad articular y estiramientos.

- Ejercicios de movilidad articular: Deben realizarse lentamente, especialmente los del cuello y la columna. Llegaremos al final del recorrido sin forzar el movimiento. Si estamos de pie mantendremos las rodillas ligeramente flexionadas y la espalda recta. Se repetirán 2-3 veces hacia cada lado. Respiraremos de forma natural inspirando en la posición de partida y espirando al final del recorrido.
- Estiramientos: A diferencia de los ejercicios de movilidad se trata de mantenerse estático una vez alcanzada la posición adecuada. Al realizarlos hay que estar relajado y concentrado en los músculos que estamos estirando. Respiraremos lentamente y con naturalidad. El tiempo para mantener la postura será de 10-20 segundos en función del ejercicio. Tenemos que sentir tensión pero en ningún caso dolor. Se repetirán 2-3 veces.

Ejercicios de fuerza: En el ámbito de la salud interesa sobre todo realizar ejercicios de fuerza- resistencia. Se caracterizan por la baja intensidad y el elevado número de repeticiones que se pueden realizar como norma, el número de repeticiones nos lo marcará la fatiga del músculo que está trabajando. Normalmente oscilarán entre 8 y 15, pudiendo llegar incluso en ejercicios de poca intensidad hasta 20 o 30. Al iniciar el movimiento inspiraremos por la nariz y al terminar exhalaremos por la boca.

Ejercicios de equilibrio: No podemos olvidar incluir algún ejercicio para mantener e incluso mejorar nuestro nivel de equilibrio. Su contribución junto a los ejercicios de fuerza a la hora de evitar caídas es sin duda importante. Deben adquirir mayor protagonismo en personas mayores o con dificultades manifiestas. La respiración debe ser pausada, inspirando por la nariz y expirando por la boca. Al cerrar los ojos aumenta la dificultad. (Ros, 2013)

Relación de la Actividad Física y la Arteriosclerosis

La oxidación lipídica y la inflamación tienen un papel fundamental en el desarrollo de la arteriosclerosis, proceso que causa gran parte de las enfermedades cardiovasculares entre ellas la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica.

La práctica regular de Actividad física produce efectos favorables sobre los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares: mejora el perfil lipídico, disminuye la tensión arterial y previene la aparición de diabetes no insulino dependiente. Sin embargo, estos efectos explican sólo una parte de la protección de la Actividad física sobre este tipo de enfermedades. Parte de los efectos beneficiosos de la actividad física podrían estar mediados a través de una menor oxidación lipídica y menor inflamación. (Márquez & Rodríguez, 2008)

La oxidación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) es un factor fundamental en la etiopatogenia de la lesión arteriosclerótica. Las LDL oxidadas participan en varios procesos clave en la aparición de la placa ateromatosa: pueden lesionar directamente el endotelio, alteran el tono vascular, aumentan la síntesis de moléculas de adhesión para monocitos en el endotelio, entran a través del receptor scavenger en los macrófagos que se convierten en células espumosas, inducen la proliferación de las células musculares lisas y la síntesis de factores quimiotácticos. (Márquez & Rodríguez, 2008)

Existen muchos estudios que han estudiado la relación entre la práctica de Actividad física y los niveles de fibrinógeno, observándose en la mayoría un efecto beneficioso. En los últimos años se ha estudiado también la relación entre la actividad física y otros marcadores de la inflamación como la PCR, albumina, velocidad de sedimentación globular. Se ha observado en estudios experimentales que con dieta y ejercicio físico regular se produce una disminución de marcadores de la inflamación, en particular la PCR. El mecanismo que explica este efecto

beneficioso no está bien establecido, aunque puede estar relacionado con: a) la menor oxidación de partículas de LDL va a producir un menor nivel de inflamación. b) disminución de la expresión en la superficie endotelial de moléculas de adhesión, que se traduce en una menor capacidad de entrada de macrófagos en el espacio subendotelial, disminuyendo la respuesta inflamatoria.

La Actividad física regular produce cambios en la actividad aterogénica de los monocitos, disminuyendo su capacidad de producir citocinas aterogénicas y aumentando su capacidad de producir citocinas anti-aterogénicas. (Garatachea, 2013)

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional. La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias. Por ejemplo, cada vez se dedica menos tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas y, en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente, conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta y, al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos de origen vegetal. (Veny, 2011)

Actualmente podemos afirmar que el modelo de la Dieta Mediterránea es el paradigma de dieta sana y la adherencia a este patrón dietético se ha relacionado con una reducción en la mortalidad global y en la incidencia de eventos cardiovasculares tales como las cardiopatías isquémicas y la enfermedad cerebrovascular. (Martínez & Villarino, 2014)

La dieta mediterránea se considera el modelo de alimentación más saludable. Se considera dieta mediterránea, al patrón tradicional de alimentación de finales de la década de los años 50 y principios de los 60, en los países en los que típicamente crecen los olivos como son Creta, Grecia y Sur de Italia. Las principales características de esta dieta son: un alto consumo de cereales, legumbres, frutos secos, frutas y verduras; un consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasa (hasta un 40% del total de ingesta energética); el empleo de aceite de oliva como fuente principal de grasa; consumo moderado o alto de pescado; consumo en cantidades moderadas o bajas de pollo y derivados lácteos (generalmente en forma de yogurt o queso fresco); bajo consumo de carnes rojas y productos derivados de la carne; y, consumo moderado de alcohol, principalmente en forma de vino tinto consumido con las comidas (Veny, 2011)

Los Ácidos Grasos: Los principales mecanismos biológicos por los cuales los Ácidos Grasos Saturados (AGS) de cadena larga aumentan el riesgo de ECV son múltiples. Generan un aumento en los niveles de colesterol plasmático debido a que los AGS disminuyen el número de receptores hepáticos de LDL afectando de esta manera la depuración

de las lipoproteínas. Se ha visto que también disminuyen la expresión génica de la proteína del receptor de LDL a nivel hepático lo que lleva al aumento del c- LDL circulante y por ende del colesterol total. Otra situación encontrada es la disfunción endotelial debido a que el consumo de dietas ricas en AGS se ha asociado a una mayor reactividad postprandial, mientras que éstas no cambian al consumir dietas isocalóricas ricas en AGP (Ácidos Grasos Poliinsaturados). (Jiménez, 2014).

Los efectos biológicos de los AGP omega-3 (presentes en pescados azules) son diversos y, entre ellos, destaca la modificación del perfil lipídico, de la tensión arterial, de la función cardíaca, de la elasticidad arterial, de la función endotelial, de la reactividad vascular y la electrofisiología cardíaca, además de presentar efectos antiagregantes plaquetarios y antiinflamatorios. Los AGP omega-3 de cadena muy larga (EPA y DHA) reducen, además, los triglicéridos séricos y aumentan el LDLc del suero. También se encuentran los AGP omega-3 de cadena corta (ALA) en algunos vegetales, como semillas de lino, nueces, soja y aceite de canola. (Izquierdo, 2011)

El Ácido Graso Monoinsaturado se considera un elemento cardioprotector. Ello es debido a su presencia en la dieta sustituyendo a la grasa saturada; tiene el efecto de reducir el colesterol total y el c-LDL al igual que lo hace la grasa poliinsaturada, pero además tiene un factor beneficioso específico, incrementando el c-HDL. Su efecto sobre las concentraciones de c- HDL es lo que explica la asociación de la grasa

monoinsaturada con una mejoría del riesgo aterogénico y una disminución de la mortalidad cardiovascular (Jiménez, 2014).

En la actualidad, sabemos que una dieta rica en este tipo de ácidos tiene un efecto protector frente a las enfermedades cardiovasculares, ya que produce un aumento de las lipoproteínas de alta densidad y disminuye las de baja densidad. El efecto se muestra también, como consecuencia, sobre el colesterol total, que disminuye en aquellas dietas con alimentos ricos en ácidos grasos omega 9. Asimismo, dietas ricas en ácido oleico en comparación con otras ricas en polinsaturados dan lugar a una menor tendencia a la modificación oxidativa, que marca en gran medida la capacidad aterogénica de las LDL. (Román & Mata, 2012)

La Fibra Alimentaria: La fibra tiene numerosos beneficios para la salud, entre los que hay que destacar el efecto protector cardiovascular, especialmente de la fibra soluble. El principal mecanismo de acción sobre el colesterol es la capacidad de la fibra para unirse a los ácidos biliares, formando micelas y aumentando la excreción del mismo. También contribuye en la disminución del riesgo de diabetes y el control de la misma ya que debido a que la fibra retrasa el paso del alimento a través del tracto gastrointestinal aumentando su viscosidad, esto conlleva a un enlentecimiento en el proceso digestivo y en la absorción de carbohidratos, disminuyendo el nivel de glucosa postprandial y la respuesta de insulina. Otro importante es el beneficio de la fibra es que genera saciedad y, en consecuencia, disminución del peso. (Jiménez, 2014)

La fibra alimentaria causa reducción del colesterol en el plasma. Se produce cuando la fibra hidrosoluble reduce el colesterol plasmático, por lo que el consumo de alimentos ricos en ella, como el salvado de avena y de cebada, las legumbres y las hortalizas, puede ser eficaz al conseguir reducciones de colesterol en plasma del 5%- 25% que afectan sobre todo a las lipoproteínas de baja densidad, con escasos cambios en las de alta densidad. La fibra no hidrosoluble apenas tiene efecto. El mecanismo puede relacionarse con la interferencia provocada en el ciclo entero hepático de los ácidos biliares, interferencia por la que se aumenta la excreción de colesterol y disminuye su reabsorción. Otros autores señalan el freno en la absorción del colesterol exógeno, en la modificación provocada por la fibra en la síntesis de colesterol o por el efecto de los ácidos grasos liberados en la fermentación colónica, inhibiendo la síntesis de ácidos biliares. Así mismo causa una modificación de la respuesta glucémica. Es un hecho suficientemente demostrado que la administración de ciertas fibras hidrosolubles reduce las respuestas glucémica e insulinémica postprandiales (Román & Mata, 2012).

Las Vitaminas: La influencia que ejercen las vitaminas sobre la enfermedad cardiovascular está dada por los efectos que producen sobre la homocisteína y los radicales libres, que repercuten a su vez en el endotelio vascular. En el caso de la homocisteína, la suplementación con ácido fólico, vitamina B6 y vitamina B12, modifica rápida y favorablemente los niveles de éste aminoácidos.

Los principales alimentos que contienen alto contenido en folatos son hígado, espinacas, habas, espárragos, lentejas; y como mediano contenido el brócoli, la palta, frutillas, lechuga, chauchas, brotes de soja, pan integral y frutas secas. La vitamina B6 se encuentra en mayores cantidades en las vísceras, frutas secas, cereales integrales y legumbres. En el caso de la vitamina B12, el aporte proviene básicamente de los alimentos de origen animal. (Jiménez, 2014)

➤ **DIMENSION SOCIAL**

Hábitos Nocivos: El Tabaquismo

Desde el punto de vista clínico el tabaquismo actúa a través de distintos mecanismos pudiendo producir ECV:

- La nicotina desencadena la liberación de las hormonas adrenalina y noradrenalina que produce daño en la pared interna de las arterias.
- La nicotina produce alteraciones de la coagulación, aumenta la capacidad de las plaquetas para unirse y formar coágulos.
- El hábito de fumar disminuye los niveles de HDL-C en un promedio de 6 a 8 mg/dl y aumenta los niveles de VLDL-C. El tabaquismo tiene la acción sinérgica con otros factores de riesgo, aumentando también el riesgo según el número de cigarrillos fumados diariamente. La nicotina y los productos secundarios de la combustión del tabaco intervienen en el inicio y la progresión de la aterosclerosis. De ahí que el fumador pasivo también está expuesto a mayor riesgo de desarrollar ECV. Está demostrado que la incidencia de enfermedad coronaria es tres veces mayor en los fumadores que en las personas

que no tienen el hábito tabáquico. En hombres y mujeres jóvenes que dejaron de fumar, el riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye a la mitad cuando ha transcurrido un año sin fumar, equiparándose prácticamente al de no fumadores después de 2 a 3 años de abandonar el hábito. (Jiménez, 2014)

Las investigaciones han demostrado que el tabaquismo acelera la frecuencia cardíaca, contrae las arterias principales y puede ocasionar alteraciones en el ritmo de los latidos del corazón. Todo esto hace que el corazón se esfuerce más. Fumar también aumenta la presión arterial, que a su vez aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares. Aunque la nicotina es el principio activo más importante del humo del tabaco, otras sustancias y compuestos químicos, como el alquitrán y el monóxido de carbono, también perjudican el corazón de muchas maneras. Estas sustancias provocan la acumulación de placa grasa en las arterias (aterosclerosis), posiblemente al lesionar las paredes de los vasos sanguíneos. También afectan las concentraciones de colesterol y de fibrinógeno (una sustancia que contribuye a la coagulación de la sangre), aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo sanguíneo, que puede causar un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular. (Institute, 2016)

La OMS, señala que el tabaco es causa de mortalidad evitable más importante en el mundo. Que el consumo de tabaco es responsable de más de 3 millones de muerte al año y que tiene además repercusiones sociales y económicas muy importantes. De acuerdo con datos de la OMS, se estima que actualmente hay cerca de 1100 millones de

fumadores alrededor de todo el mundo; de ellos 300 millones viven en países desarrollados y el resto son ciudadanos de países en desarrollo. La evidencia científica que indica el tabaquismo provoca aumento en la frecuencia e enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, cáncer de pulmón y enfermedad cardiovascular es indiscutible, por causa de la disminución de la defensa del organismo así la degeneración de los órganos. (OMS, 2015)

Hábitos Nocivos: Consumo De Bebidas Y Alcohol

El consumo de alcohol es una de las causas de muerte prematuras, lesión y discapacidad. Se calcula que el alcoholismo causa más muerte que el tabaquismo. Varios estudios han establecido que existe asociación entre el consumo de alcohol y un amplio rango de problemas físicos, mentales y sociales. Se concibe que, prácticamente ningún órgano del cuerpo humano es inmune a los peligros de alcohol.

Entre los problemas más notorios están la psicosis alcohólica, el síndrome de abstinencia alcohólica, la neuropatía, la cardiopatía, la gastritis, la cirrosis hepática alcohólica; así mismo, la toxicidad por etanol y por metanol.

Sin duda el alcohol y drogas determinan la disminución de las defensas del organismo, lo que predispone a desarrollar enfermedades infecciosas y/o degenerativas con suma facilidad.

Evitar el consumo de drogas. Uno de los tres problemas que más preocupa a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales

(alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc.

DIMENSION EMOCIONAL

ESTRÉS

El estrés mental está muy influenciado por la personalidad y el estado de ánimo por ejemplo en la mujer los cambios hormonales durante la pubertad, el embarazo, el puerperio, la menopausia son fuente de estrés emocional. Existe una serie de personalidad y trastornos de ánimo que son fuente de estrés:

Rasgos de personalidad: los individuos en los que predominen sentimientos de frustración, ira, miedo tristeza o síndrome de inferioridad sufrirán estrés.

Trastornos del ánimo: principalmente la depresión y la ansiedad. Se sabe que la depresión multiplica por tres el riesgo cardiovascular y que un 20% de los pacientes con depresión padece alguna enfermedad cardiovascular. El estrés laboral es la fuente de estrés emocional a la que atribuimos la mayoría de nuestros problemas. La agencia Europea para la seguridad y la Salud en el trabajo público en el año 2000 que las causas más comunes: falta de control sobre el trabajo que se realiza, monotonía, plazos ajustados, trabajo de alta velocidad, exposición a la violencia y peligrosidad. El estrés laboral aparece cuando las exigencias

no se ven igualdades por las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador. El estudio más importante que demuestra la asociación entre el estrés laboral y la cardiopatía isquémica es el INTERHEART, en el que fueron incluidos más de 24,000 individuos de 52 países. Se concluyó que el estrés laboral multiplica por 2.5 el riesgo de angina de pecho.

RIESGO A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Sobrepeso y Obesidad: El sobrepeso ($IMC > 25$) está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer HTA. La obesidad ($IMC > 30$) también se asocia con HTA. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mm Hg y PAD de 1-3 mm Hg. El perímetro abdominal ≥ 80 cm. en mujeres y ≥ 90 cm. en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia. Varios factores han asociado obesidad e HTA, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardiaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de HTA por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática.

La OMS (2000) ha propuesto una clasificación del grado de obesidad utilizando este índice ponderal como criterio: Normopeso 18,5 -24,9 kg/m² Sobrepeso 25 -29,9 kg/m²; Obesidad grado I 30 -34,9 kg/m² ; Obesidad grado II 35 -39,9 kg/m² ; Obesidad grado III > 40 kg/m².

Así mismo la OMS en cuanto a la Circunferencia de Cintura (CC) considera:

Mujeres: Riesgo elevado entre: 80-88cm
Riesgo muy elevado: >88cm
Hombres: Riesgo elevado entre: 94-102.
Riesgo muy elevado: >102.

Diabetes Mellitus: La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.

Síndrome Metabólico: Es así como los pacientes hipertensos, suelen tener alteración de la distribución la grasa corporal (obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

SEXO

La EC y la ECV de tipo arterioesclerótico oclusivo se presentan con mayor frecuencia en hombres. Los hombres tienen más predisposición

a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia.

A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

La HTA (hipertensión Arterial) y el ECV (Accidente Cerebro Vascular) hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas. En las mujeres el riesgo es mayor después de los 55 años.

EDAD Y RAZA

Los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad. La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca.

Hipertensión secundaria.-

Esto significa que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de hipertensión secundaria son ocasionados

por trastornos renales. Los siguientes son otros factores que pueden causar hipertensión secundaria:

- Alteraciones de las glándulas paratiroides.
- Acromegalia, que es cuando la glándula pituitaria produce un exceso de hormona del crecimiento.
- Tumores en las glándulas suprarrenales o pituitarias.
- Embarazo
- Estenosis de la arteria renal
- Medicamentos (pastillas anticonceptivas, ciertos medicamentos para el resfriado, cortico esteroides, medicamentos para la migraña).

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Tabla de clasificación de presión arterial		
Categoría)	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mm Hg)
Normal	Inferior a 120	Inferior a 80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Hipertensión		
Grado 1	140-159	90-99
Grado 2	160 o más	100 o más

SÍNTOMAS: La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los síntomas que pueden ocurrir abarcan:

- Dolor torácico
- Confusión
- Vértigos
- Adormecimiento de mitad del cuerpo.
- Mareos al levantarse o al cambiar de posición.
- Zumbido o ruido en el oído (Tinnitus)
- Fatiga
- Cefalea
- Taquicardias o aceleración de la frecuencia cardíaca
- Hemorragia nasal
- Escotomas centellantes
- Ansiedad.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Respiración entrecortada.
- Sudor excesivo.
- Cansancio.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Salud:** Es el estado de completo bienestar tanto físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o

enfermedades, sino también la armonía con el medio ambiente lo que incluyen el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social).

- **Estilos de Vida:** Son los comportamientos que tienen impacto en la salud, donde la persona es libre de elegir la forma de vivir comprendiendo tres aspectos interrelacionados el material: vivienda, alimentación, vestido; el social: tipo de familias, grupo de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones; y el ideológico que es a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. Siendo un papel importante en las probabilidades de que una persona desarrolle una enfermedad cardiovascular.
- **Estilos de vida saludables:** Son aquellos procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas y a la ausencia de predisposición de enfermedad cardiovascular.
- **Actividad física:** Se define como cualquier movimiento del cuerpo producido por la acción muscular voluntaria y que supone un gasto de energía por encima del nivel de reposo. La actividad física incluye el ejercicio físico, pero no sólo; también incluye otras actividades que exigen movimiento corporal pero que se realizan como parte de los momentos de juego, del

trabajo, de formas de transporte activo, de las tareas domésticas y de actividades recreativas; estas no se consideran ejercicio físico puesto que su objetivo fundamental no es el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.

- **Sedentarismo:** Llamamos sedentarismo a aquellas actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía (gasto energético menor de 1.5 METS). Los periodos sedentarios son aquellos periodos de tiempo en los que se llevan a cabo estas actividades que consumen muy poca energía, como por ejemplo, estar sentados durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio.
- **Estilos de vida no saludables:** Son aquellos procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que no satisfacen las necesidades humanas y por el contrario favorece a la predisposición de enfermedad cardiovascular.
- **Patrón cultural:** es el modo de vida que adoptan las personas, relacionadas con sus antepasados y el presente, apoyados en soportes morales, políticos, religiosos y sociales. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencias en el comportamiento de los miembros de la sociedad.

- **Ejercicio:** conjunto de movimientos corporales que se realizan en forma regular para mantener o mejorar la forma física o para mantener la salud física y/o mental.
- **El estrés:** es un desequilibrio entre las exigencias hechas por el medio y los recursos disponibles por los individuos, generalmente producidos por factores fisiológicos, psicosociales, a los que el organismo responde de manera natural y necesaria con la finalidad de adaptarse a presiones tanto internas como externas y de esa manera asegurar su supervivencia. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esa reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.
- **Hipertensión:** la hipertensión arterial según la OMS, es definida como un incremento continuo de las cifras de presión arterial por encima de 140/90 mmHg.
- **Obesidad:** es la enfermedad que se caracteriza por un índice de masa corporal mayor o igual a 30.
- **Índice de masa corporal (IMC):** según la OMS lo define como “una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como

poblacional”. Se calcula con el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (Kg/m²).

- **Tabaquismo:** el tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. Esta sustancia produce liberación de adrenalina, aumentando la presión arterial y produciendo daño en la pared interna de las arterias. Además aumenta los niveles de colesterol malo y reduce los niveles de colesterol bueno, es por eso que es considerada como un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y de enfermedades cardiovasculares periféricas.
- **Enfermedad cardiovascular:** son enfermedades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos que incluye enfermedades como la cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares y las arteriopatías periféricas: como las trombosis venosas profundas.

CAPÍTULO III. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

4.1 Análisis de Tablas y Gráficos

CUADRO N°1: RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS AREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO.

			RIESGO A ENFERMERDAD CARDIOVASCULAR		TOTAL
			NO PRESENTA	PRESENT A	
ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	Recuento	2	5	7
		%	8,3%	20,8%	29,2%
	SALUDABLE	Recuento	13	4	17
		%	54,2%	16,7%	70,8%
Total		Recuento	15	9	24
		%	62,5%	37,5%	100,0%

Fuente: Cuestionario que se aplicó al Profesional de Enfermería del HSJL.

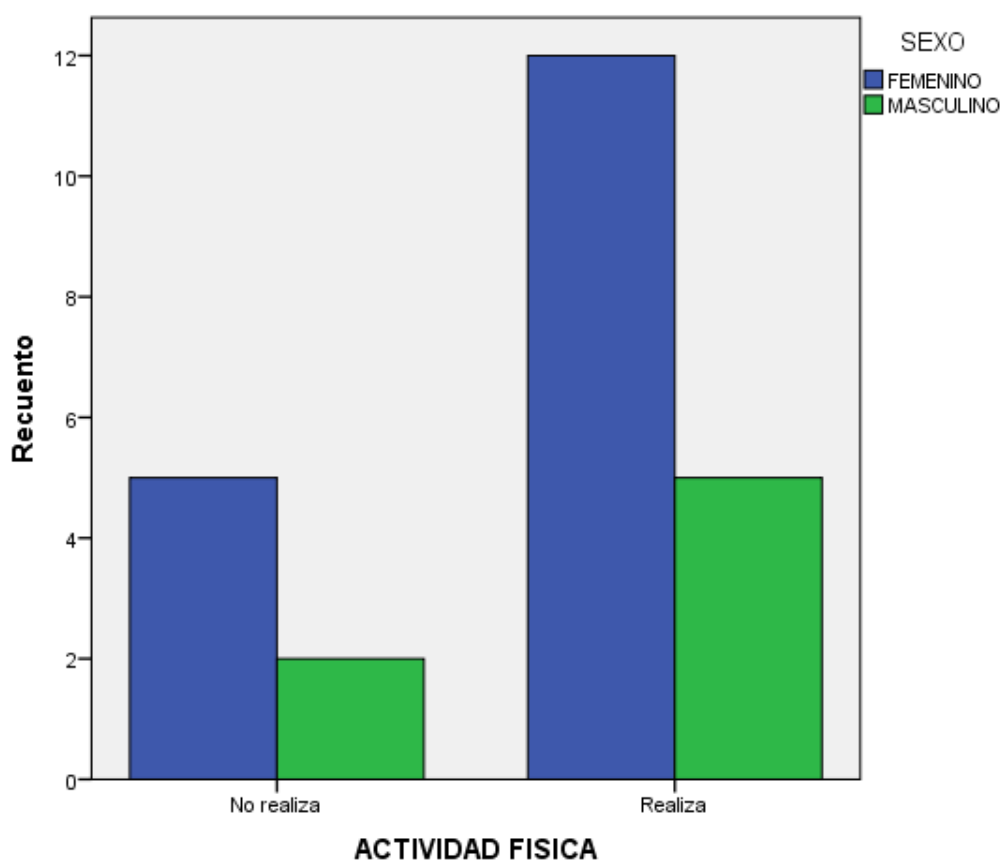
En el Cuadro N° 1 se observa que del 100% de profesionales enfermeros el 62.5% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, y el 37,5% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares así mismo el 70% presentan estilos de vida saludable y el 29,2% presenta estilos de vida no saludable. Al obtener un valor de significancia de $p= 0,028$ siendo menor de 0.05 según la correlación de Pearson podemos decir que existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el riesgo a presentar enfermedades cardiovasculares en el Profesional de enfermería que labora en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho

CUADRO N°2: ACTIVIDAD FISICA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS AREAS CRITCAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN SEXO

			SEXO		Total
			FEMENINO	MASCULINO	
ACTIVIDAD FISICA	NO REALIZA	Recuento	5	2	7
		%	20,8%	8,3%	29,2%
	REALIZA	Recuento	12	5	17
		%	50,0%	20,8%	70,8%
Total		Recuento	17	7	24
		%	70,8%	29,2%	100,0%

Fuente: Cuestionario que se aplicó al Profesional de Enfermería del HSJL.

GRAFICO N°2: ACTIVIDAD FISICA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN SEXO



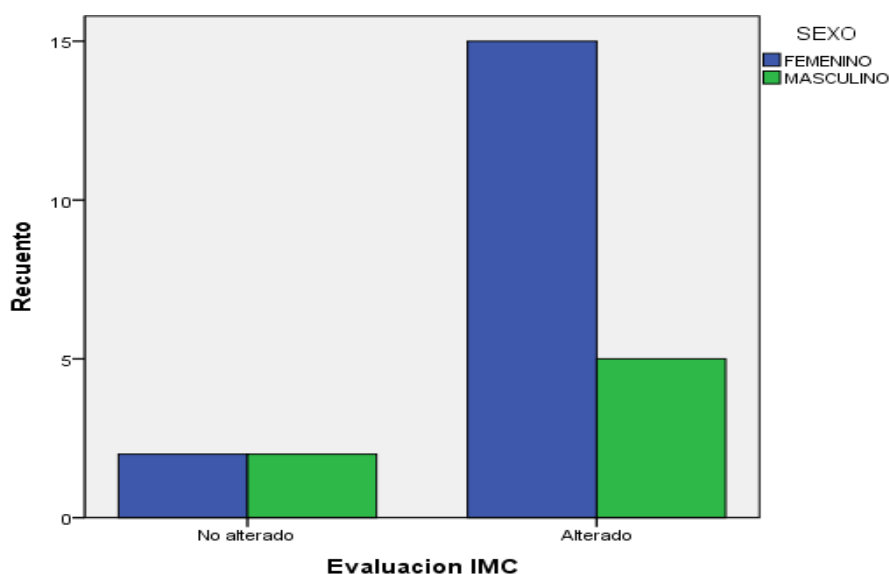
En el cuadro N° 2 se puede observar que del 70.8% que representa el total de mujeres, un 50% realiza actividad física y un 20.8% no realiza ejercicio; así mismo del 29.2% del total de varones un 20.8 % realiza ejercicio frente a un 8.3% que no realiza ejercicio.

CUADRO N°3: INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN SEXO

			SEXO		Total
			FEMENINO	MASCULINO	
IMC	NO ALTERADO	Recuento %	2 8,3%	2 8,3%	4 16,7%
	ALTERADO	Recuento %	15 62,5%	5 20,8%	20 83,3%
TOTAL			17 70,8%	7 29,2%	24 100,0%

Fuente: Cuestionario que se aplicó al Profesional de Enfermería del HSJL.

GRAFICO N°3: INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN SEXO



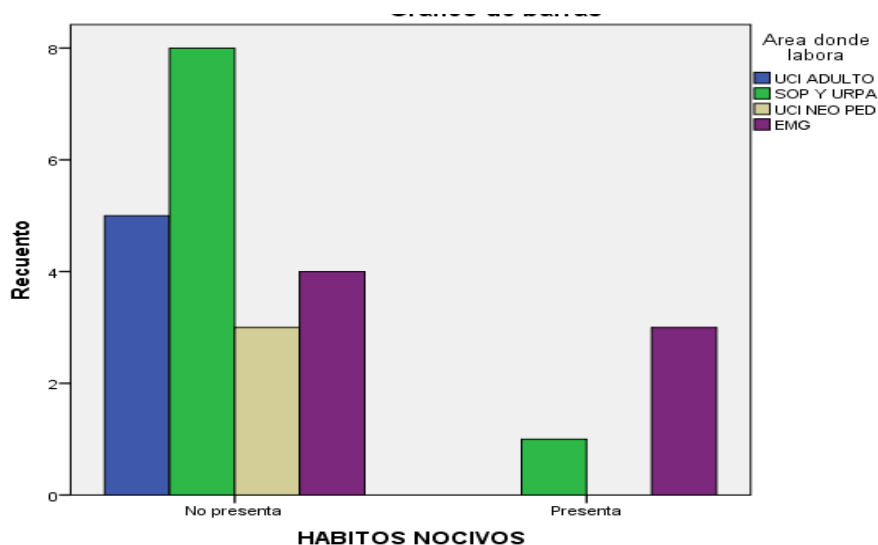
En el cuadro N°3 se puede observar que del total de mujeres representado por un 70.8%, el IMC se encuentra alterado en un 62.5% en el caso de las mujeres y en el caso de los varones el total del ellos representado por un 29.2%, el IMC se encuentra alterado en un 20.8%.

CUADRO N°4: HABITOS NOCIVOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO SEGÚN EL AREA CRÍTICA DONDE LABORAN

			AREA DONDE LABORA				
			UCI ADULTO	SOP Y URPA	UCI NEO PED	EMG	
HABITOS NOCIVOS	No presenta	Recuento	5	8	3	4	20
		% del total	20,8%	33,3%	12,5%	16,7%	83,3%
	Presenta	Recuento	0	1	0	3	4
		% del total	0,0%	4,2%	0,0%	12,5%	16,7%
TOTAL		Recuento	5	9	3	7	24
		% del total	20,8%	37,5%	12,5%	29,2%	100,0%

Fuente: Cuestionario que se aplicó al Profesional de Enfermería del HSJL.

GRAFICO N°4: HABITOS NOCIVOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO SEGÚN EL AREA CRÍTICA DONDE LABORAN



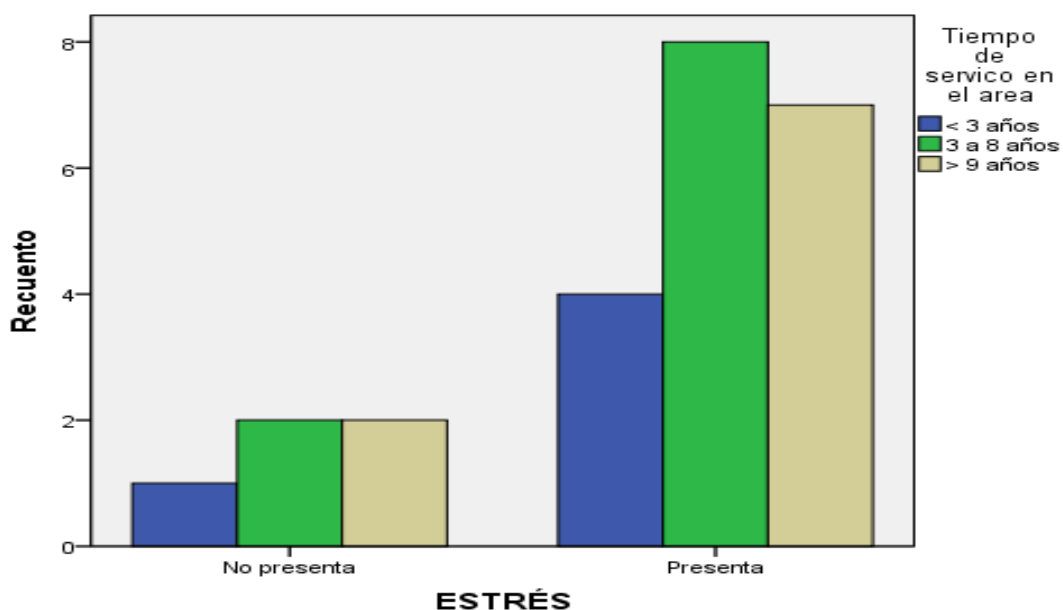
En el GRAFICO N°4 podemos observar que los hábitos nocivos según el área crítica presenta que el área de emergencia presenta hábitos nocivos en un 12.5% frente a un 4.2% del área de SOP y URPA .mientras que las áreas de uci adulto y Neo/ Pediátrico no presentan hábitos nocivos verificándose con un valor de 0%.

CUADRO N°5: ESTRES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO

			TIEMPO DE SERVICIO			Total
			< 3 años	3 a 8 años	> 9 años	
ESTRÉS	No presenta	Recuento %	1 4,2%	2 8,3%	2 8,3%	5 20,8%
	Presenta	Recuento %	4 16,7%	8 33,3%	7 29,2%	19 79,2%
Total			5 20,8%	10 41,7%	9 37,5%	24 100,0%

Fuente: Cuestionario que se aplicó al Profesional de Enfermería del HSJL.

GRAFICO N°5: ESTRES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO



En el GRAFICO N°5 se observa que del 100% de profesionales de enfermería un 79,2% presenta factores estresantes donde un 33.3% representa al tiempo de servicio que va desde 3 a 8 años, un 29,2% que corresponde a un tiempo de servicio mayor de 9 años y un 16,7% que corresponde a un tiempo de servicio que va desde 2 a 3 años.

CUADRO N°6: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y RIESGO A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS AREAS CRÍTICAS, SEGÚN SEXO.

SEXO				RIESGO A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR		Total
				NO PRESENTA	PRESENTA	
FEMENINO	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	%	5,9%	23,5%	29,4%
		SALUDABLE	%	58,8%	11,8%	70,6%
	Total			64,7%	35,3%	100,0%
MASCULINO	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	%	14,3%	14,3%	28,6%
		SALUDABLE	%	42,9%	28,6%	71,4%
	Total			57,1%	42,9%	100,0%
Total	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	%	8,3%	20,8%	29,2%
		SALUDABLE	%	54,2%	16,7%	70,8%
	Total			62,5%	37,5%	100,0%

Fuente: Cuestionario que se aplicó al Profesional de Enfermería del HSJL.

En el cuadro N°6 se pudo observar que del 100% de profesionales de sexo femenino un 64.7% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 35,3% que presenta un riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así mismo un 70,6% presentan estilos de vida saludable y un 29,4% presentan estilos de vida no saludables. Así también se observa que del 100% de profesionales de sexo masculino un 57,1% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares y un 42,9% si presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, siendo el 71.4% que presenta estilos de vida saludable y un 28,6% presenta estilos de vida no saludables.

CUADRO N°7: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y RIESGO A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS AREAS CRÍTICAS, SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO.

TIEMPO DE SERVICIO			RIESGO CARDIOVASCULAR		Total
			NO PRESENTA	PRESENTA	
< 3 años	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE %	0,0%	40,0%	40,0%
		SALUDABLE %	60,0%	0,0%	60,0%
	Total		60,0%	40,0%	100,0%
3 a 8 años	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE %	10,0%	20,0%	30,0%
		SALUDABLE %	70,0%	0,0%	70,0%
	Total		80,0%	20,0%	100,0%
> 9 años	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE %	11,1%	11,1%	22,2%
		SALUDABLE %	33,3%	44,4%	77,8%
	Total		44,4%	55,6%	100,0%
Total	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	8,3%	20,8%	29,2%
		SALUDABLE	54,2%	16,7%	70,8%
	Total		62,5%	37,5%	100,0%

Fuente: Cuestionario que se aplicó al Profesional de Enfermería del HSJL.

En el cuadro N°7 se puede observar que de acuerdo al tiempo de servicio los profesionales que tiene de 1 a 2 años un 60% no presentan tener un riesgo a enfermedades cardiovasculares y un 40% presenta tener un riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así mismo un 40% y 60% presentan estilos de vida no saludables y estilos de vida saludables respectivamente. De los que presentan un tiempo de servicio de 3 a 8 años un 80 % presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 20% que no presenta riesgo. De ellos

un 70% presenta estilos de vida saludables y un 30% no presenta estilos de vida no saludable. De acuerdo al tiempo de servicio de mayores de 9 años se presenta que un 44.4% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 55.5% que presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así también se observa que un 77,8% presenta estilos de vida saludables frente a un 22.2% que estilos de vida no saludables.

CUADRO N°8: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y RIESGO A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA, SEGÚN AREA CRITICA DONDE LABORAN.

AREA DONDE LABORA			RIESGO CARDIOVASCULAR		Total
			NO PRESENTA	PRESENTA	
UCI ADULTO	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	0,0%	20,0%	20,0%
		SALUDABLE	40,0%	40,0%	80,0%
		Total	40,0%	60,0%	100,0%
SOP Y URPA	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	11,1%	11,1%	22,2%
		SALUDABLE	66,7%	11,1%	77,8%
		Total	77,8%	22,2%	100,0%
UCI NEO PED	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	0,0%	33,3%	33,3%
		SALUDABLE	66,7%	0,0%	66,7%
		Total	66,7%	33,3%	100,0%
EMG	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	14,3%	28,6%	42,9%
		SALUDABLE	42,9%	14,3%	57,1%
		Total	57,1%	42,9%	100,0%
Total	ESTILOS DE VIDA	NO SALUDABLE	8,3%	20,8%	29,2%
		SALUDABLE	54,2%	16,7%	70,8%
		Total	62,5%	37,5%	100,0%

Fuente: Cuestionario que se aplicó al Profesional de Enfermería del HSJL.

En el cuadro N°8 se observa que de acuerdo al área crítica donde labora el área de UCI adultos un 40% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 60% que presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así mismo un 20% presenta estilos de vida saludable y un 80% no presenta estilos de vida no saludable. En el área de SOP/URPA un 77,8% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 22,8% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares así mismo un 77,8% presenta estilos de vida saludable frente a un 22,8% que presenta estilos de vida no saludables. Con respecto al área de UCI NEO/PEDAT se observa que el 66,7% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares y un 33,3% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así mismo un 66,7% presenta estilos de vida saludable frente a un 33,3% que no presenta estilos de vida saludable. En el área de EMG se observa que un 57,1% corresponde a no presentar riesgo a enfermedades cardiovasculares y un 42,9% corresponde a presentar riesgo cardiovascular relacionándose con un 57,1% que presentan estilos de vida saludable frente a un 42,1% que no presenta estilos de vida saludable

4.2 Discusión de Resultados

- En el cuadro N° 1 se observa que del 100% de profesionales enfermeros el 62.5% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, y el 37,5% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares así mismo el 70% presentan estilos de vida saludable y el 29,2% presenta estilos de vida no saludable. Al obtener un valor de significancia de $p= 0,028$ siendo menor de 0.05 según la correlación de Pearson podemos decir que existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el riesgo a presentar enfermedades cardiovasculares en el Profesional de enfermería que labora en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho; resultados que se asemejan a otras investigaciones como la de Castelán Meléndez en el año 2010, donde concluyó que el estilo de vida influye de manera fundamental en el riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares, evaluación que realizó a 230 trabajadores de un Instituto Mexicano del Seguro Social encontrando que los trabajadores que mantiene estilos de vida saludable presentan menos factores de riesgo para desarrollar diversas enfermedades cardiovasculares así también como los trabajadores que presentan un mejor estado de salud se relaciona con un mejor control de la enfermedad en caso de los que ya se encuentra presente. Es necesario considerar que un estilo de vida no saludable es una causa mayor de Eventos cardiovasculares. Consecuencias bien conocidas de un estilo de vida no saludable son el Sobrepeso el cual se relaciona con la no realización de actividad física y el tener malos hábitos alimentarios. Así

mismo el consumo de hábitos nocivos, la presencia de estrés laboral y alteración en el patrón del sueño. (Rondanelli, 2014)

- En el cuadro N° 2 se puede observar que del 70.8% que representa el total de mujeres, un 50% realiza actividad física y un 20.8% no realiza ejercicio; así mismo del 29.2% del total de varones un 20.8 % realiza ejercicio frente a un 8.3% que no realiza ejercicio.

Según la OMS detalla que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial; es decir, el 6% de las muertes registradas en todo el mundo. Además, se estima que la falta de ejercicio físico es la causa principal de aproximadamente el 27% de los casos de diabetes y el 30% de la carga de cardiopatía isquémica; y es que el ejercicio físico realizado en forma regular ha demostrado sus beneficios en la prevención de enfermedad coronaria a corto y largo plazo, ya que a nivel del corazón disminuye la frecuencia cardíaca de reposo y aumenta la cantidad de sangre que el corazón expulsa en cada latido. De esta manera, la eficiencia cardíaca es mayor "gastando" menos energía para trabajar. Por otra parte, puede estimular la circulación dentro del músculo cardíaco con lo que la "alimentación" del corazón está favorecida. Así mismo disminuye la formación de coágulos dentro de las arterias con lo que se previene la aparición de infartos y de trombosis cerebrales (Peidro, 2011).

En diversos estudios se ha hallado que las mujeres generalmente presentan un nivel de actividad física más bajo que los hombres ; en este estudio los varones que no realizan ejercicio está representado por un 8.3 % frente a un 20.8% en el caso de las mujeres resultados que se

asemejan a una investigación realizada en Perú por Palacín y Jacoby denominado Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú donde concluyó que la práctica de deportes al menos una vez a la semana y de actividad deportiva regular fue de 44,5% y 12,8% en los hombres, mientras que en las mujeres fue de 32,4% y 10,5%. Otro estudio en Colombia se encontró que la actividad física reportada en el trabajo, el transporte y el tiempo libre fue mayor en hombres, en tanto que la actividad física en el hogar fue mayor en las mujeres. (Patiño & Fernando, 2013).

Es así que Terrados y Valcárcel en su estudio de Nuevos factores de riesgo cardiovascular y la Actividad Física afirma que el efecto más beneficioso del ejercicio físico regular sería en el ámbito del metabolismo oxidativo, influyendo en los valores de lípidos en sangre ya que demuestran inequívocamente que las personas con mayor grado de actividad aeróbica tienen una mayor concentración de HDL y menores valores de triglicéridos lo que supone un menor riesgo a presentar enfermedades cardiovasculares. (Terrados & Valcárcel, 2010)

- En el cuadro N°3 se puede observar que del total de mujeres representado por un 70.8%, el IMC se encuentra alterado en un 62.5% en el caso de las mujeres y en el caso de los varones el total del ellos representado por un 29.2%, el IMC se encuentra alterado en un 20.8%. Si bien es cierto el consumo alimentario de grasa, colesterol, frutas y verduras, pescado y sodio se relaciona con la disminución a presentar

riesgo cardiovascular. Hay un considerable cúmulo de pruebas con respecto a la base nutricional de la aterosclerosis en general y de la cardiopatía coronaria en particular. Disminuyendo la ingestión de grasa saturada, se podrá reducir el colesterol total y el LDL; una dieta pobre en sal tiene un efecto beneficioso sobre la presión arterial; frutas y verduras son ricas en micronutrientes y fibra, y por consiguiente, protectoras frente a la ECV; la obesidad, un factor de riesgo importante de ECV, se puede prevenir disminuyendo la ingestión de calorías. (OPS & OMS, 2007).

En la mayoría de los países industrializados, las dietas tradicionales de bajo contenido de grasas se han sustituido por dietas demasiado dulces o saladas, de contenido bajo en hidratos de carbono y elevado en grasas y calorías. Esto contribuye al desarrollo de sobrepeso, hipertensión y al aumento del nivel de colesterol, con el consiguiente aumento del riesgo cardiovascular. El consumo excesivo de grasas de origen animal, con su elevada proporción de ácidos grasos saturados, aumenta el nivel de colesterol de las LDL y con ello un aumento del IMC y por ende a un mayor riesgo cardiovascular. Las grasas de origen vegetal tienen una cantidad muy inferior de estas sustancias (Rondanelli, 2014).en este estudio podemos observar que en ambos sexo se ve alterado en IMC, así mismo existen estudios que IMC el cual proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades, sin embargo otros estudios refieren que antes de los 55 años, el riesgo que las mujeres corren de sufrir la enfermedad coronaria

es más bajo que el de los hombres. El estrógeno les proporciona algo de protección contra la enfermedad coronaria antes de la menopausia. No obstante, después de los 55 años el riesgo de sufrir esta enfermedad aumenta por igual en los hombres y en las mujeres.

- En el cuadro N°4 podemos observar que en el área de emergencia son los profesionales de enfermería los que tienen más hábitos nocivos con un 12.5% frente a un 4.2% del área de Sop y Urpa. Las investigaciones han demostrado que el tabaquismo acelera la frecuencia cardíaca, contrae las arterias principales y puede ocasionar alteraciones en el ritmo de los latidos del corazón. Todo esto hace que el corazón se esfuerce más. Fumar también aumenta la presión arterial, que a su vez aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares. (Institute, 2016)

Así mismo el consumo de bebidas que contienen que contiene alcohol y azúcares añadidos (sacarosa, jarabe de maíz alto en fructosa), se asocian con un mayor riesgo de aumentar de peso y por lo tanto, desarrollar sobrepeso y obesidad, así como otras enfermedades cardiovasculares como diabetes, síndrome metabólico, hipertensión. Tal y cual lo indica un estudios de cohorte prospectivos donde reportan una ganancia de peso de alrededor de 8 kg en promedio en mujeres enfermeras que se siguieron durante 4 años. Por otro lado los servicios críticos incluyen el Área de emergencia, UCI, Sala de operaciones los cuales muchas veces necesitan mantenerse despiertos muchos más durante los turnos de noche esto conlleva a que la mayoría de ellos

consume bebidas que los mantenga en alerta y continúen con sus actividades (Dommarco & Velasco, 2012)

- En el cuadro N°5 se observa que del 100% de profesionales de enfermería un 79,2% presenta factores estresantes donde un 33.3% representa al tiempo de servicio que va desde 3 a 8 años, un 29,2% que corresponde a un tiempo de servicio mayor de 9 años y un 16,7% que corresponde a un tiempo de servicio que va desde 2 a 3 años. El estrés es considerado el gatillo o disparador de numerosas enfermedades cardiovasculares en individuos susceptibles: isquemia cerebral (ictus) y sobre todo miocárdica (angina de pecho, infarto sintomático o asintomático). También se asocia a hipertensión arterial y a arritmias malignas. A su vez, potencia el resto de los factores de riesgo cardiovascular. Existen claras evidencias de la influencia de los ciclos endocrinos en la enfermedad cardiovascular. En el estudio de Framingahn, la mayor incidencia de muerte súbita apareció entre las 9 y las 11 horas de la mañana, coincidiendo con el pico de elevación de la hormona cortisol. El estrés obliga al corazón a trabajar más intensamente. Las coronarias, que nutren al músculo cardíaco, requieren mayor aporte energético. Además, la sangre se espesa y las arterias se vuelven menos reactivas o elásticas; se acumulan así sustancias nocivas en su pared, de forma que la sangre circula con mayor dificultad. A su vez, la fibrinólisis, que es el mecanismo defensivo que destruye los trombos, pierde efectividad. Por tanto, nuestro sistema cardiovascular se hace vulnerable ante cualquier obstrucción y/o trombosis aguda o crónica de la placa aterosclerótica. Igualmente, el

exceso de respuesta simpática se asocia con trastornos en la conducción eléctrica del corazón y con una mayor vulnerabilidad a arritmias ventriculares y, por ende, a la muerte súbita.

- En el cuadro N°6 se puede observar que del 100% de profesionales de sexo femenino un 64.7% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 35,3% que presenta un riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así mismo un 70,6% presentan estilos de vida saludable y un 29,4% presentan estilos de vida no saludables. Así también se observa que del 100% de profesionales de sexo masculino un 57,1% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares y un 42,9% si presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, siendo el 71.4% que presenta estilos de vida saludable y un 28,6% presenta estilos de vida no saludables. Distintos estudios detallan que el sexo es un factor influyente el riesgo cardiovascular, Este dato se ha atribuido al hecho de que las hormonas femeninas ejercen un efecto protector, como queda demostrado por el incremento del índice de enfermedades **de corazón** en la mujer a partir de la menopausia, cuando desaparece la defensa que le proporcionaban los estrógenos. Un estudio de cohorte indicó que, las características de las diferencias según el sexo, continuaron iguales: la ECV se manifestó con más frecuencia como enfermedad coronaria en los hombres y como enfermedad cerebrovascular en las mujeres. (Leening, Ferket, & Steyerberg, 2014)
- En el cuadro N°7 se puede observar que de acuerdo al tiempo de servicio los profesionales que tiene de 1 a 2 años un 60% no presenta

tener un riesgo a enfermedades cardiovasculares y un 40% presenta tener un riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así mismo un 40% y 60% presentan estilos de vida no saludables y estilos de vida saludables respectivamente. De los que presentan un tiempo de servicio de 3 a 8 años un 80 % presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 20% que no presenta riesgo. De ellos un 70% presenta estilos de vida saludables y un 30% no presenta estilos de vida no saludable. De acuerdo al tiempo de servicio de mayores de 9 años se presenta que un 44.4% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 55.5% que presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así también se observa que un 77,8% presenta estilos de vida saludables frente a un 22.2% que estilos de vida no saludables. Si bien es cierto el tiempo de servicio genera una rutina que a lo largo genera un estrés laboral, esta tensión laboral podría elevar la PA a través de la activación fisiológica/cardíaca crónica o a través de la activación de la masa ventricular izquierda del corazón. Ambos mecanismos se activarían debido a la respuesta general de estrés (sistemas simpático-adrenal e hipotálamo-hipofiso-adrenal). De esta manera, las situaciones donde se producen altas demandas y bajo control llevarían a incrementos de cortisol y adrenalina. (Serrano & Moya, 2010)

- En el cuadro N°8 se observa que de acuerdo al área crítica donde labora el área de UCI adultos un 40% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 60% que presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así mismo un 20% presenta estilos de vida saludable y un 80% no presenta estilos de vida no saludable. En el área de

SOP/URPA un 77,8% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares frente a un 22.8% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares así mismo un 77.8% presenta estilos de vida saludable frente a un 22.8% que presenta estilos de vida no saludables. Con respecto al área de UCI NEO/PEDAT se observa que el 66,7% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares y un 33,3% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares. Así mismo un 66,7% presenta estilos de vida saludable frente a un 33.3% que no presenta estilos de vida saludable. En el área de EMG se observa que un 57,1% corresponde a no presentar riesgo a enfermedades cardiovasculares y un 42,9% corresponde a presentar riesgo cardiovascular relacionándose con un 57,1% que presentan estilos de vida saludable frente a un 42,1% que no presenta estilos de vida saludable. Los datos del estudio se relaciona y se asemejan a otras investigaciones realizadas con personal que labora en turnos nocturnos, sí se encontró que un 20.8% de las enfermeras estudiadas presentó niveles de colesterol 250gr/dl, un 69.2% con valores elevados de HDL. No obstante, en un estudio realizado a profesionales jóvenes y dedicados al cuidado de la comunidad, se encontró prevalencia de factores de riesgo, entre los que destaca la hipocolesterolemia en el 19,4%. (Sánchez A, 2008)

4.3 Conclusiones

Las conclusiones derivadas del presente estudio fueron que:

- Los profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho presentan estilos de vida saludables los cuales se relacionan con no presentar un riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Estos estilos de vida son saludables ya que realizan en su mayoría ejercicios como caminatas por lo menos 30 minutos, no es habitual en ellos el consumo de licor, no fuman, y no están expuesto al humo del cigarrillo, sin embargo existe un porcentaje de profesionales que tiene estilos de vida no saludables que se relacionan con el riesgo a presentar riesgo a enfermedades cardiovasculares, ya que su consumo de alimentos en sus mayoría es a base de frituras, bebidas azucaradas así como muchos de ellos laboran en varios lugares lo que conlleva a que tomen medicamentos para poder conciliar el sueño presentado estrés y alteración de su patrón del sueño.
- Los profesionales de enfermería femeninos y masculinos presentan estilos de vida saludables relacionándose significativamente con el riesgo a no presentar enfermedades cardiovasculares.
- Los profesionales de enfermería que tienen laborando varios años de servicio en su mayoría presentan estilos de vida saludable que se relacionan con no presentar riesgo a enfermedades cardiovasculares pero existe cierto porcentaje de profesionales que por factores

estresantes como la rutina en su trabajo que presentan cierto riesgo a presentar enfermedades cardiovasculares.

- Los profesionales que trabajan en el área de Emergencia son los que presentan en su mayoría estilos de vida no saludables los que se relacionan a presentar riesgo a enfermedades cardiovasculares.

4.4 Recomendaciones

- Al Director del Hospital San Juan de Lurigancho en cual debe gestionar para la atención de profesionales de la salud en consultorio externo de Cardiología, así mismo en la implementación de Programas en donde se enfatice el área de actividad física, a fin de mejorar la calidad y el desempeño profesional de Enfermería.
- Coordinación con el Área de Nutrición del Hospital de San Juan de Lurigancho para que brinde una alimentación variada, equilibrada y saludable que favorezca a la adquisición de buenos hábitos alimenticios evitando factores de riesgo determinantes en relación a las enfermedades cardiovasculares en los profesionales de la salud.
- Coordinación con la Jefatura del Departamento de Enfermería en el desarrollo de programas de formación continuada a los profesionales de Enfermería para que realicen intervenciones educativas relacionadas a la promoción de la salud en los estilos de vida.
- Coordinar con el Área de Psicología para implementar talleres de manejo de estrés como una de las estrategias para reducir la carga laboral.

4.5 Fuentes de Información

- Quiliche Castañeda, R. B. (2011). Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en el personal de la. Revista Científica de Ciencias de la Salud, 101-116.
- Abellán, J., & Sainz, P. (2014). Guia para la prescripcion de Ejercicio Fisico en pacientes con Riesgo Cardiovascular. Obtenido de <http://www.seh-linha.org/pdf/guiaejerciciorcv.pdf>
- Andina, A. P. (19 de Abril de 2015). Estudio revela que creció riesgo cardiovascular en Ica, Trujillo y Arequipa. Obtenido de <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-estudio-revela-crecio-riesgo-cardiovascular-ica-trujillo-y-arequipa-502762.aspx>
- Aristizábal, B. M. (12 de Setiembre de 2011). El modelo de promoción de la salud. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Arqués, M. A. (2005). Operativizacion de los Estilos de Vida mediante Distribución de tiempo en personas mayores de 50 años. Obtenido de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/741/1/15519119.pdf>
- Bartrina, O. y. (2007). Dieta y Riesgo Cardiovascular. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Cerecero, P., Hernández, B., Aguirrel, D., Valdés, R., & et al. (2009). Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. Scielo.
- Dommarco, R., & Velasco, A. (2012). CONSUMO DE REFRESCOS, BEBIDAS AZUCARADAS Y EL RIESGO DE OBESIDAD. Obtenido de [file:///C:/Users/Sandra/Downloads/VFinal_Consumo%20de%20bebidas%20azucaradas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Sandra/Downloads/VFinal_Consumo%20de%20bebidas%20azucaradas%20(1).pdf)

- ENCODES. (2011). DETERMINANTES DE SALUD. MODELOS Y TEORÍAS DEL CAMBIO EN CONDUCTAS DE SALUD. DEL CAMBIO, EN CONDUCTAS DE SALUD. Obtenido de <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf>
- Garatachea, S. M. (2013). ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD. Obtenido de <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479789343.pdf>
- González, L. P. (Diciembre de 2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención.
- Health Behaviour in School-aged Children. (2010). Estilos de vida saludable y Promoción de la Salud . Obtenido de <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema2.pdf>
- Institute, T. H. (AGOSTO de 2016). El tabaquismo y el corazón. Obtenido de http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/smoking_sp.cfm
- Izquierdo, J. Q. (2011). Nutrición y Enfermedad Cardiovascular. Obtenido de https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_20.pdf
- Jiménez, J. R. (2014). HÁBITOS ALIMENTARIOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. Obtenido de <http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH414b.dir/TFI%20Jim%25E9nez%252C%20Jimena%20Romina.pdf>
- Leening, Ferket, & Steyerberg. (2014). RIESGO CARDIOVASCULAR. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=85778>
- Márquez, S., & Rodríguez, J. (2008). Sedentarismo y salud. Obtenido de http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/afs2011/lecturas/083_012-024ES.pdf

- Martínez Gurrión, L., Landeros López, M., Cortéz Mendoza, F., & et al. (2014). Riesgo cardiovascular en el personal de enfermería. *Reviasta Mexicana de Enfermeria Cardiologica*, 13-16.
- Martínez, E., & Saldarriaga, J. (Diciembre de 2008). Actividad física en Medellín: desafío para la promoción de la salud. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2008000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Martínez, J., & Villarino, A. (2014). Dieta Mediterránea . Obtenido de <http://www.nutricion.org/img/files/DietaMediterranea%20Avances2014Web.pdf>
- Montoya, L. G. (Junio de 2010). ESTILO DE VIDA Y SALUD. Obtenido de ESTILO DE VIDA Y SALUD: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf>
- Olea, S. d., & Márquez, S. (2013). Salud y efectos beneficiosos de la actividad física. En S. d. Olea, & S. Márquez, *Salud y efectos beneficiosos de la actividad física* (pág. 14).
- OMS. (Enero de 2015). Centro de prensa. Obtenido de Enfermedades Cardiovasculares: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- OPS. (2002). Programa de Salud Cardiovascular.
- OPS. (2010). Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. Washington: Branka Legetic, Pedro Ordúñez.
- OPS, O. P., & OMS. (2007). Obtenido de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13815&Itemid=270
- Patiño, A., & Fernando, E. (2013). PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD. Obtenido de <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/263-riesgo.pdf>

- Peidro, R. (2011). El ejercicio físico y la salud cardiovascular. Obtenido de Fundación Cardiológica Argentina: <http://www.infobae.com/1969/12/31/1555062-el-ejercicio-fisico-y-la-salud-cardiovascular/>
- Robaina Aguirre, C., Martinez Aguilera, R., Plunket Rowe, D., & et al. (1999). RIESGO CARDIOVASCULAR EN TRABAJADORES DE LA SALUD. La Habana , Cuba: Med Gen Integr.
- Roberto, E. (SETIEMBRE de 2010). Actividad física y salud cardiovascular. Obtenido de <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c250e/elosua.PDF>
- Rogelia, Q. P. (2004). Educación para la Salud. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Román, J., & Mata, P. (2012). ALIMENTACIÓN FUNCIONAL Y Hábitos DE VIDA CARDIOSALUDABLES. Obtenido de http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/alimentacio_funcional_y_habitos_vida.pdf
- Rommell O, B. D. (2013). Estimación del riesgo cardiovascular mediante el sistema score en trabajadores de salud. REVISTA MEDICA REBAGLIATI DEL CUERPO MEDICO, 15-18.
- Rondanelli, R. (2014). ESTILO DE VIDA Y ENFERMEDAD CARDIOVACULAR EN EL HOMBRE. REV. MED. CLIN. CONDES, 69-77. Obtenido de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/1%20Enero/11-Dr.Rondanell.pdf
- Ros, J. A. (2013). ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD. Murcia.
- Sanabria, P., A. Gonzales, L., & Z. Urrego, D. (2007). ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PROFESIONALES DE SALUD DE COLOMBIANOS. REVISTA MEDICA, 207-217.

- Sánchez A, V. (2008). Riesgo Cardiovascular. Personal de Enfermería . Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100005
- Serrano, A., & Moya, L. (2010). Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/17-25_1.pdf
- Stiepovich, B. E. (2014). UNA REVISIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS IBEROAMERICANOS. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200010
- Terrados, N., & Valcárcel, G. (Abril de 2010). Los nuevos factores de riesgo cardiovascular y la actividad física. Obtenido de http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13154566&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=277&ty=49&accion=L&origen=bronco%20&web=www.apunts.org&lan=es&fichero=277v45n167a13154566pdf001_2.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf
- Valmi Sousa, M. D. (JUNIO de 2007). REVISIÓN DE DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN RESALTANTES PARA ENFERMERÍA. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf
- Veny, M. B. (2011). ESTILOS DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. España.
- Verdejo, M. Z., Gómez, M. F., & Labaca, I. G. (2010). Perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la Comunidad de Madrid. Scielo.

ANEXOS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSION	METODOLOGIA
Cuál es la relación que se da entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.?	<p>OBJTIVO GENERAL Establecer la relación entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS Identificar la relación entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares según sexo de los Profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.</p> <p>Identificar la relación entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares según tiempo de servicio de los Profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.</p> <p>Identificar la relación entre los estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares según área critica donde laboran los Profesionales de Enfermería del Hospital San Juan de Lurigancho.</p>	Existe una relación directa y significativa entre los estilos de vida y el riesgo a enfermedades cardiovasculares de los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.	<p><u>Estilos de vida</u> “Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1986, p.118).</p> <p><u>Riesgo a enfermedades cardiovasculares</u> Es la probabilidad que tiene un individuo de presentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años, basado en el número de factores de riesgo presentes en el mismo individuo o teniendo en cuenta la magnitud de cada uno de ellos. (Guías Europeas, 2006)</p>	<p>FISICOS INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACTIVIDAD FISICA - HABITOS ALIMENTARIOS <p>SOCIAL INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - HABITOS NOCIVOS <p>EMOCIONAL INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - ESTRÉS - SUEÑO <p>ANTROPOMETRIA INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC - PERIMETRO ABDOMINA - <p>FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES INDICADORES</p> <p>PRESENCIA DE DIABETES / COLESTEROL HABITO TABAQUICO PA ELEVADA</p> <p>FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - SEXO - EDAD - ANTECEDENTES FAMILIARES - ANTECEDENTES PERSONALES 	<p>TIPO CUANTITATIVA,</p> <p>NIVEL APLICATIVA CORRELACIONAL</p> <p>METODO CORRELACIONAL , DESCRIPTIVO</p> <p>DISEÑO CUANTITAVA CORRELACIONAL</p> <p>POBLACION : 45 PROFESIONAS DE ENFERMERIA MUESTRA 24 PROFESIONALES DE ENFERMERIA INSTRUMENTO ENCUESTA Y CUESTIONARIO</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA – CARDIOLOGÍA

**ESTILOS DE VIDA Y RIESGO A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LAS AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL SAN
JUAN DE LURIGANCHO- 2017**

Le brindamos cordialmente nuestro saludo y a su vez queremos hacerle partícipe de este cuestionario que será de forma anónima. Agradecemos su sinceridad y garantizamos confidencialidad y uso de la información sólo con fines para la investigación.

OBJETIVO: - Establecer la relación entre estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los Profesionales de Enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho.

I.-DATOS GENERALES

Área donde labora: EMG: ☐
SOP/ URPA ☐
UCI ADULTOS ☐
UCI NEO - PEDIAT ☐

Tiempo de servicio ☐

Sexo: F ☐ M ☐

ANTROPOMETRIA:

Edad: ☐
Peso: ☐ kg Talla: ☐ cm IMC: ☐ Per. Abd.: ☐

PRESIÓN ARTERIAL: PA ☐ FC ☐

II.- DATOS ESPECIFICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES:

1. ¿Puede indicarnos si su padre y/o su madre presentan o presentaron alguna patología como hipertensión arterial, diabetes o cifras de colesterol elevado?

Sí ☐ No ☐ Especifique: _____

2. ¿Puede indicarnos si algún familiar de primer grado (padres o hermanos) ha sufrido un infarto de miocardio, trombosis o hemorragia cerebral, o ha fallecido de “muerte súbita” u otros?

Sí ☐ No ☐ Especifique: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

3. ¿Nos puede indicar si actualmente Ud. presenta alguna patología (HTA, Diabetes, Cardiopatías, otros)?

Sí ☐ No ☐ Especifique: _____

CONTROL PERIODICO

4. ¿Presenta cifras elevadas de colesterol, triglicéridos o glucosa alteradas?

Sí ☐ No ☐ Especifique: _____

5. ¿Recibe Ud. actualmente algún tratamiento para la PA, Diabetes, triglicéridos, colesterol?

Sí ☐ No ☐ Especifique: _____

6. ¿Se realiza Ud. un control periódico de su salud?

Sí ☐ No ☐

ACTIVIDAD FISICA

7. ¿Cuántos días a la semana Ud. realiza Actividad Física?

5 Días ☐ 3 días ☐ 2 días ☐ 1 día ☐ no realizo ☐

8. ¿En su tiempo libre practica Ud. Deporte que implique la aceleración importante de la respiración, ritmo cardiaco como (correr, jugar vóley, jugar futbol, nadar) durante al menos 30 minutos consecutivos?

Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐
Muy pocas veces ☐ Nunca ☐

9. ¿Camina Ud. o usa una bicicleta al menos 30 minutos consecutivos para sus desplazamientos?

Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐
Muy pocas veces ☐ Nunca ☐

10. ¿En sus días libres Ud. suele pasar el tiempo sentado o recostado (sentado con los amigos, viajando en autobús, jugando a las cartas o viendo televisión; se excluye el tiempo pasando durmiendo)?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

HABITOS

ALIMENTARIOS

11. ¿Con que frecuencia consume comidas fritas, horneadas, asadas a la parrilla?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

12. ¿Con que frecuencia consume comidas enlatadas?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

13. ¿UD consume frutas y verduras todos los días?

Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐
Muy pocas veces ☐ Nunca ☐

14. ¿Con que frecuencia consume alimentos en la institución donde labora?

Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐
Muy pocas veces ☐ Nunca ☐

15. ¿Ud. consume más de tres comidas al día?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

16. ¿Ud. Bebe al menos litro y medio de agua cada día?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

17. ¿Con que frecuencia Ud. come golosinas y Snacks entre las comidas?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

TABACO

18. ¿Con que frecuencia fuma, actualmente?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

19. ¿Está expuesto habitualmente al humo de cigarrillo?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

CONSUMO DE BEBIDAS / ALCOHOL

20. ¿Ud. consume alguna bebida alcohólica al día?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

21. ¿Cuándo empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar?

Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐
Muy pocas veces ☐ Nunca ☐

22. ¿En su vida social es habitual el consumo de licor?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

23. ¿Consume más de dos tazas de café al día?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

24. ¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

MANEJO DE ESTRÉS

25. ¿Actualmente labora en más de una institución?

☐ Si ☐ No

26. ¿Realiza alguna actividad para el manejo del estrés?

Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐
Muy pocas veces ☐ Nunca ☐

27. ¿Ud. Se siente nervioso(a), ansioso(a), o estresado(a) en su vida en general?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

28. ¿Por sus exigencias laborales/académicas se han alterado sus rutinas de sueño?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

29. ¿Duerme al menos 7 horas diarias?

Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐
Muy pocas veces ☐ Nunca ☐

30. ¿Duerme bien y se levanta descansado?

Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐
Muy pocas veces ☐ Nunca ☐

31. ¿Utiliza pastillas para dormir?

Nunca ☐ Muy pocas veces ☐ Algunas veces ☐
Casi siempre ☐ Siempre ☐

Muchas gracias por su participación.